



Universitat de Lleida

Per: Júlia Manau Flotats

Facultat d'Infermeria

Grau en Infermeria

Treball presentat a: *Carmen Nuin Orrio*

Treball de Final de Grau

Curs acadèmic 2012-2013

Data de lliurament: 13 de maig de 2013

LA MUSICOTERÀPIA PER DISMINUIR LA DEPRESSIÓ, L'ANSIETAT I L'AGITACIÓ EN PACIENTS AMB DETERIORAMENT COGNITIU LLEU

“[...] La utilización de experiencias musicales y la relación que se establece entre terapeuta y paciente actúan como fuerzas dinámicas de cambio.”

Kenneth Bruscia, “Defining Music Therapy” (1989)

ÍNDEX

I. LLISTA DE TAULES	5
II. LLISTA DE FIGURES	5
III. LLISTA D'ABREVIACIONS	6
IV. AGRAÏMENTS	7
1. INTRODUCCIÓ	8
2. MARC TEÒRIC	9
2.1 Demència	9
2.1.1 Definició	9
2.1.2 Classificació de les demències	9
2.1.3 Criteris de diagnòstic de les demències	12
2.1.4 Clínica de la demència tipus Alzheimer	13
2.1.4.1 Demència d'Alzheimer lleu (1 a 3 anys)	13
2.1.4.2 Demència d'Alzheimer moderada (2 a 10 anys)	14
2.1.4.3 Demència d'Alzheimer greu (>10 anys)	14
2.1.5 Factors de Risc	15
1. No modificables	15
2. Modificables	16
2.1.6 Complicacions	18
2.1.6.1 La Incapacitat i Risc d'Institucionalització	18
2.1.6.2 La hospitalització	18
2.1.6.3 El cost econòmic	18
2.1.6.4 Incompliment terapèutic	19
2.1.7 Tractament farmacològic de la demència tipus Alzheimer	21
2.1.8 Tractament no farmacològic de la demència tipus Alzheimer	23
2.2 Trastorns conductuals relacionats amb la demència	24
2.2.1 Definició, símptomes i valoració	24
2.2.2 Prevalença	27
2.2.3 Factors de Risc	31
2.2.4 Complicacions	34
2.2.5 Instruments de mesura dels trastorns de conducta	35
2.2.7 Tractament no farmacològic dels trastorns de conducta	38

2.2.7.1 Estimulació cognitiva grupal.....	39
2.2.7.2 Teràpies alternatives i complementàries.....	40
2.3 Els trastorns conductuals i la musicoteràpia.....	42
2.3.1 La musicoteràpia com una intervenció d'infermeria	42
2.3.2 Justificació de la intervenció.....	52
3. DISSENY DE LA INTERVENCIÓ	53
3.1 Objectius de la intervenció	53
3.1.1 Objectiu general	53
3.1.2 Objectius específics	53
3.2 Avaluació de la intervenció.....	70
4. METODOLOGIA.....	73
4.1 Estratègia de la cerca (paraules claus, AND, OR...)	73
4.2 Població diana.....	76
4.3 Bases de dades.....	76
4.4 Preguntes relacionades amb la intervenció.....	76
5. DISCUSSIÓ.....	76
6. CONCLUSIONS	78
7. BIBLIOGRAFIA	79
8. ANNEXOS.....	85
Annex 1: Escala Behave-Ad i Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)...	87
Annex 2: Escala de mesura per l'ansietat	88
Annex 3: Escala de valoració de Hamilton per la depressió: Hamilton, Depression Rating Scale (HDRS)	89
Annex 4: Escala de Yesavage per mesurar la depressió	91
Annex 5: Escala BDI autoaplicable. No vàlida per ancians amb demència	92
Annex 6: Escala autoaplicable per valorar la depressió: Self-Rating Depression de Zung (SDS). No vàlida per ancians amb demència	93
Annex 7: Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y Otras Demencias (SEMPA). Area Socio-Emocional	94

I. LLISTA DE TAULES:

Taula 1: Classificació dels 14 símptomes conductuals.....	25
Taula 2: Taula resum dels estudis epidemiològics consultats al llarg del treball.....	30
Taula 3: Tractament farmacològics dels trastorns conductuals.....	37
Taula 4: Teràpies no farmacològiques dels trastorns conductuals	39
Taula 5: Taula resum dels estudis d'investigació consultats durant la realització del treball.....	46
Cronograma mensual de la intervenció de musicoteràpia en pacients amb demència d'Alzheimer.....	55
Taula de la intervenció de Cant.....	56
Taula de la intervenció de Tocar Instruments Terapèuticament i Improvisació Instrumental.....	59
Taula de la intervenció de Ball.....	62
Taula de la intervenció d'Escollar Música.....	64
Taula de la intervenció de les Activitats Rítmiques.....	67

II. LLISTA DE FIGURES:

Figura 1: Classificació de les demència reversibles i no reversibles	10
Figura 2: Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) o Escala Global de Deteriorament Cognitiu	13
Figura 3: Factors de risc en els pacients amb dèficit cognitiu.....	17
Figura 4: Evolució de la mortalitat per demències a Catalunya, Taxes específiques per edat i sexe	20
Figura 5: Evolució del nombre de morts per demència a Catalunya en les més grans de 60 any	20
Figura 6: Representació gràfica dels símptomes no cognitius trobats en el grup de pacients amb deteriorament cognitiu lleu mitjançant l'ús de l'Inventari Neuropsiquiàtric. No es mostren al·lucinacions, desinhibició ni eufòria	27
Figura 7: Comparació dels percentatges de detecció de símptomes neuropsiquiàtrics de l'estudi nacional amb casos de deteriorament cognitiu lleu d'un estudi poblacional dels EEUU.....	28
Figura 8: Factors bio-psico-socials i la clínica de les demències.....	32

Figura 9: Escala NPI global i subescales segons el tipus de demència36

III. LLISTA D'ABREVIACIONS:

- **ACE:** Inhibidors de l'Acetilcolinesterasa
- **ADI:** Alzheimer's Disease International
- **AMTA:** American Music Therapy Association
- **BDI:** Beck Depression Inventory
- **CM:** Con medicación
- **DCL:** Deteriorament cognitiu lleu
- **DFT:** Demència Frontoparietal
- **DV:** Demència Vascular
- **EEUU:** Estats Units
- **GDS:** Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) o Escala Global del Deteriorament Cognitiu.
- **HDRS:** Hamilton Depression Rating Scale
- **HTA:** Hipertensió arterial
- **MA:** Malaltia d'Alzheimer
- **NIC:** Nursing Interventions Classification
- **NPI:** Neuropsychiatric Inventory
- **NPI-Q:** Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **SDS:** Self Rating Depression Scale de Zung
- **SEMPA:** Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias
- **SN:** Sin medicación
- **SPC:** Síntomes psicològics i conductuals

IV. AGRAÏMENTS:

Agraeixo a la professora Carmen Nuin Orrio, titular de l'assignatura Cuidatges de la Persona Gran i professora del Màster en Ciències de la Infermeria de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida haver acceptat la meva sol·licitud com a alumna de l'assignatura Treball de Final de Grau i també a la seva implicació en el seguiment del mateix.

En segon lloc, a nivell personal, agraeixo a familiars i amics que han destinat part del seu temps a compartir la lectura del contingut del treball i han volgut donar un altre punt de vista per poder-lo millorar en alguns aspectes.

Espero i desitjo que tots en gaudiu mentre apreneu una mica més sobre la musicoteràpia i la demència d'Alzheimer.

1. INTRODUCCIÓ:

La Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'envelliment actiu com el procés pel qual s'optimitzen les oportunitats de benestar físic, social i mental durant tota la vida amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de la vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida en la vellesa (1).

He decidit centrar el tema del Treball de Final de Grau en la demència degut a l'augment de la població anciana del món que hi ha hagut durant aquest temps i el que es donarà en els pròxims anys a Espanya. És un problema de salut que hi és present en l'etapa de l'envelliment de les persones i que pel seu important impacte psicosocial i econòmic, se situa com un problema de salut pública prioritari a ser tractat (2).

Dins de les malalties cròniques, la demència d'Alzheimer és el tipus més comú de demència. Actualment, representa el 60% de tots els casos, afecta entre el 5-7% de les persones més grans de 65 anys i gairebé la meitat dels majors de 85 anys (3). L'objectiu del meu treball és justificar quina és la millor teràpia no farmacològica per tractar les demències i, concretament, quina és la millor per disminuir els trastorns de conducta de les persones grans que pateixen demència de tipus Alzheimer.

Les malalties cròniques com la demència, han estat sotmeses a diferents estudis nacionals i internacionals que demostren que és necessària la implicació d'un equip multidisciplinari per poder abordar a la persona amb demència, des del punt de vista bio-psico-social i individualitzar el seu problema de salut per cobrir les necessitats alterades de la persona (4).

En aquest cas, es dissenyarà un pla d'intervenció de musicoteràpia basat en la evidència de resultats que descriguin aquesta com la millor intervenció per disminuir els trastorns de conducta dels pacients amb demència d'Alzheimer.

2. MARC TEÒRIC:

2.1 Demència:

2.1.1 Definició:

La demència és el concepte que se li atribueix al conjunt de símptomes manifestats per la pèrdua de la funció cerebral de la memòria, del pensament, del llenguatge i del comportament de la persona, incidint amb les activitats bàsiques de la vida diària de les persones que pateixen una malaltia degenerativa o infecciosa (5,6).

Totes les malalties que afecten a un cervell sa poden donar lloc a patir demència. Si són patologies agudes causen deliri, normalment reversible però si causen una pèrdua definitiva de neurones que afecten a la compensació cerebral, poden manifestar deteriorament cognitiu lleu o demència (7).

2.1.2 Classificació de les demències:

Durant els darrers 25 anys hi ha hagut un avenç important en l'estudi de les demències però encara queda molt per saber (8). L'any 2005, la Alzheimer's Disease International (ADI) va dur a terme un estudi sobre la prevalença de demència al món. Aquest afirma que l'any 2000 hi havia 24,3 milions de persones amb demència al món i 4,6 milions de nous casos per any, és a dir, un nou cas de demència cada 7 segons. I, s'estimava que el nombre de persones afectades creixeria exponencialment perquè al 2040 hi haguessin 82 milions d'afectats per demència, dels quals un 71% es trobarien en països desenvolupats (2). L'any 2009 es va realitzar una segona estimació i en els resultats de la investigació en països desenvolupats es va calcular que les xifres prèviament estimades havien presentat un increment aproximat de 10% (2,6)

En aquest apartat es classificaran les demències en relació a si són reversibles o irreversibles; a la seva prevalença i a la seva etiologia:

La demència pot ser **irreversible** quan és causada per una malaltia o lesió que danya la funció cerebral i aquesta no té cura, és degenerativa. I també pot definir-se com a demència **reversible** quan és secundària a drogodependència, alcoholisme, depressions o desequilibris hormonals.

Algunes malalties que causen demència poden ser reversibles però la majoria dels tipus de demència no responen al tractament. És molt important avaluar els

síntomes de la demència per no descartar una malaltia que pugui ser tractada. Es parla d'un 20% de malalties reversibles amb tractament (9).

Figura 1: Classificació de les demències reversibles i irreversibles (6).

DEMENCIAS REVERSIBLES	DEMENCIAS IRREVERSIBLES
<i>Metabólicas y endocrinas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo. • Hipoglucemia. 	<i>Degenerativas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer. • Demencia Parkinson. • Corea de Huntington. • Demencia degenerativa fronto-temporal. • Demencia con cuerpos del Lewy.
<i>Carenciales:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Wernicke-Korsakoff. • Déficit de vitamina B y ácido fólico. 	<i>Vasculares:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Multiinfarto cerebral. • Enfermedad de Biswanger.
<i>Tóxicas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Drogas. 	
<i>Proceso expansivo cerebral:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia. • Tumores. • Hematoma subdural. 	
<i>Infecciosas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Encefalitis. • Meningitis. • VIH. • Sífilis. 	
<i>Otras:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pseudodemencias. 	

En relació a la **prevalença** de les demències del tipus Alzheimer es classifica com la causa més comú de demència en els països de l'hemisferi occidental (6,10). El procés neurodegeneratiu de la malaltia d'Alzheimer comença abans que apareguin les primeres manifestacions clíniques de la malaltia. Per aquest motiu, el seu diagnòstic només pot fer-se en el moment que s'observa un deteriorament de les funcions cognitives que interfereixi a les activitats de la vida diària del pacient (11).

Als EEUU, les malalties vasculars, en canvi, són la segona causa de demència i representen entre un 10 i un 20% dels casos. Dins de la població que no té accés als serveis mèdics, augmenta la prevalença de patir demència vascular (10). Les

demències vasculars (DV), que són més comunes a Àsia que a Europa i als EEUU. Les pateixen aquelles persones que han tingut varis accidents cardiovasculars. Els símptomes inicials són confusió lleu, canvis de personalitat, depressió, psicosis i dèficit de memòria o d'execució. Més tard, es manifesten algunes dificultats en la orientació, el que comporta una dificultat per realitzar les activitats de la vida diària. Aquestes persones acostumen a expressar eufòria, depressió i comportament agressiu (6,10). La presentació clínica varia segons la etiologia, la mida i la localització del dany vascular, ja que la DV es podria definir com un síndrome que engloba un ampli i complex espectre clínic (12). Segons les dades d'EURODEM (13) la prevalença de la demència vascular a Europa és d'un 1,6% entre les persones de 65 anys; entre un 0 i un 1% per les persones majors de 65 anys i, entre un 2-8% per les persones majors de 90 anys. Com és evident, la prevalença augmenta amb l'edat. Segons els estudis europeus (13), la demència vascular representaria un 15,8% de totes les demències, mentre que el 53,7% restant serien casos de tipus Alzheimer.

En tercer lloc trobem la **demència amb cossos de Lewy (DCL)**. És una patologia clínica que es manifesta amb la presència de cossos de Lewy a l'escorça cerebral i s'associa al deteriorament mental, Parkinson (apareix de forma subtil durant els mesos de diagnòstic de la malaltia de Parkinson) i a símptomes psicòtics (al·lucinacions visuals, estructurals, auditives i olfactives). Es manifesta clínicament amb la presència d'incontinència urinària precoç, trastorns autònoms, caigudes, trastorns confessionals i, ocasionalment amb problemes oftalmològics. A diferència dels casos de malaltia d'Alzheimer, aquest tipus de demència pot semblar que la percepció de la malaltia estigui preservada, tot i així el seu curs evolutiu és més ràpid que en la demència d'Alzheimer (6,10,14).

Per últim, també existeixen les **demències frontemporals (DFT)**. Aquest tipus de demència és degut a una atrofia progressiva dels lòbuls frontals i de les regions anteriors als lòbuls temporals (14). Les manifestacions clíniques són molt subtils, el que comporta una dificultat i un retard del diagnòstic d'aquestes. Estudis actuals de la demència frontal no mostren dades sobre la incidència i la prevalença d'aquestes. Pot ser degut a que no està comprovat si la demència frontal està associada a una malaltia neuropatològica, a alteracions de la neuroimatge o a alteracions conductuals.

La conscienciació de criteris permetrà avançar en estudis epidemiològics sobre aquest tipus de demència (6,15).

Finalment, en relació a la **etiologia** de les demències, el Departament de Neurologia i Neurocirurgia de l'Hospital Clínic de la Universitat de Chile classifica etiològicament totes les demències (7):

1. Demències associades a malalties degeneratives
2. Demències associades a malalties vasculars
3. Demències associades a malalties traumàtiques
4. Demències associades a malalties infeccioses
5. Demència deguda a Hidrocefàlia normotensiva
6. Demències associades a les malalties de la substància blanca
7. Demències associades a les substàncies tòxiques
8. Demències associades a carències metabòliques

2.1.3 Criteris de diagnòstic de les demències:

Els criteris de diagnòstic universals de les demències són els que marca l'Associació Americana de Psiquiatria i els de la Classificació Internacional de malalties de l'Organització Mundial de la Salut. Tot i així, són objecte de crítica, ja que consideren obligatòria la presència d'un trastorn de la memòria per diagnosticar la demència i, algunes demències com la de cossos de Lewy, la frontoparietal i la vascular poden desenvolupar-se sense presència de trastorn de memòria durant mesos o anys. Per aquest motiu, l'Acadèmia Americana de Neurologia ha recomanat corregir la definició de demència (10).

Dins de la classificació dels criteris de diagnòstic de la demència nomenats anteriorment, el deteriorament cognitiu lleu està inclòs dins d'aquests, ja que està caracteritzat per una alteració adquirida i perllongada d'una o varies funcions cognitives que no compleixen amb la gravetat per ser qualificat de demència. El pacient amb deteriorament cognitiu lleu té un nivell de consciència normal i pot dur a terme amb mínima dificultat les activitats bàsiques de la seva vida diària. És multicausal i pot ser una situació transitòria i reversible; estacionària i amb poques variacions en llargs períodes de temps o progressiva i convertir-se en demència (6,11).

Per aquest motiu, abans de parlar de demència es fa referència al deteriorament cognitiu. Aquest es valora a través d'escales de mesura que permeten analitzar algunes funcions cognitives com el llenguatge, la memòria, la visió de l'espai, entre altres. Un cop es valoren aquests ítems, queda classificat amb 7 estadis dins de Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) o Escala Global del Deteriorament (16,17).

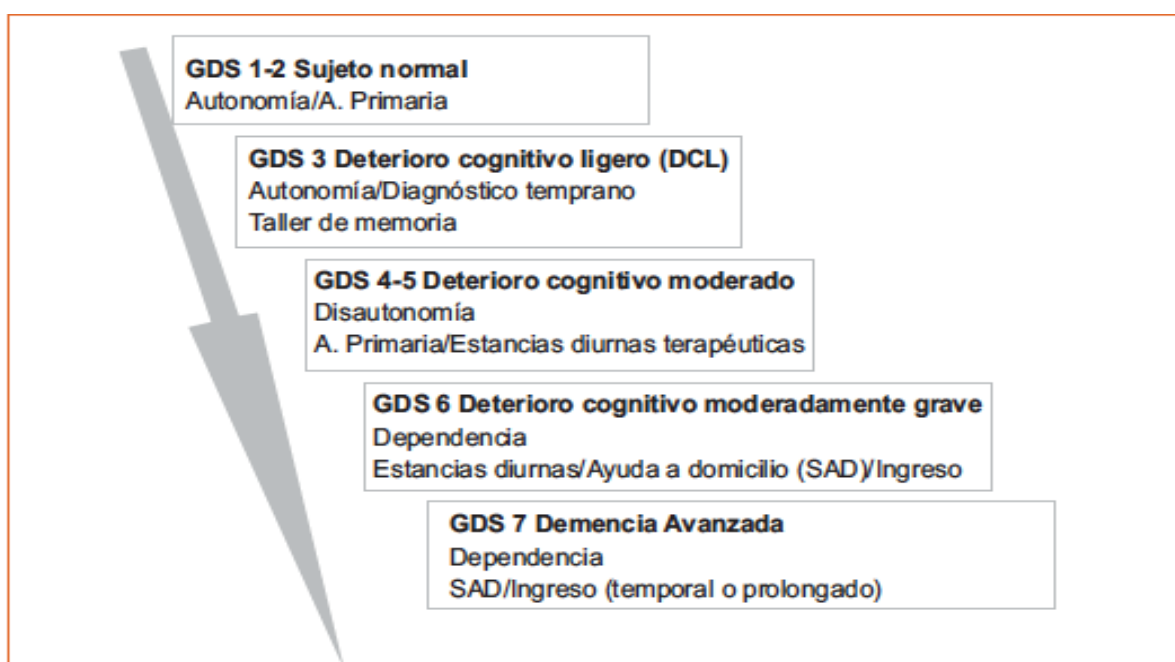


Figura 2: Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) o Escala Global del Deteriorament (17).

2.1.4 Clínica de la demència tipus Alzheimer:

La malaltia d'Alzheimer és invariablement progressiva. Aquests pacients viuen entre 10 i 12 anys des del moment que es diagnostica però poden haver-hi variacions en la durada de la malaltia. Alguns pacients progressen ràpidament i duren només 5 anys des del diagnòstic, en canvi, altres poden viure fins a 20 anys després de l'aparició dels primers símptomes (18).

Dins de la demència d'Alzheimer es diferencien tres fases: **la lleu, la moderada i la greu**. Aquestes es divergeixen per la clínica i l'evolució de les malaltia (19):

2.1.4.1 Demència d'Alzheimer lleu (1 a 3 anys):

Comença abans dels 65 anys i s'inicia amb la incapacitat per realitzar algunes de les activitats habituals de la vida diària. Dins de l'entorn laboral, de l'entorn familiar

i els ambients més propers del pacient són on es comencen a visualitzar els primes signes.

A nivell cognitiu, presenten dificultat en la memòria episòdica anterògrada, és a dir, el nou aprenentatge de fets, en la codificació i l'emmagatzematge de la informació. Progressivament van sorgint alteracions de les funcions executives, de raonament, del llenguatge, del càlcul i de l'àrea visuoespacial. Els signes cognitius i funcionals es van deteriorant poc a poc, en canvi, les alteracions conductuals són contingents i imprevisibles degut a una major influència dels factors psicològics i ambientals. La depressió i l'ansietat són els símptomes més freqüents en aquesta fase de la malaltia.

2.1.4.2 Demència d'Alzheimer moderada (2 a 10 anys):

Aquesta fase comença quan el pacient necessita una supervisió de les activitats bàsiques de la vida diària. A mesura que passa el temps la persona necessita més ajuda com per exemple, per vestir-se, per dutxar-se, per controlar els esfínters, per menjar, etc.

A nivell cognitiu hi ha una afectació cortical que només deixa funcionar a les àrees sensibles i motores primàries. El signe més impactant és l'afectació del llenguatge, ja que es va perdent l'estructura gramatical i es buida el contingut, tot i així, la repetició i la comprensió estan relativament preservats. A mesura que evoluciona la malaltia la parla queda totalment afectada i és difícil mantenir una bona comunicació amb el pacient.

En aquesta fase és on els pacients presenten més trastorns conductuals.

2.1.4.3 Demència d'Alzheimer greu (>10 anys):

En aquesta fase comença l'inici de la demència intensa. Els pacients, en aquesta fase, requereixen ajuda per menjar; el llenguatge i l'expressió de la parla són mínims i es basen amb sons de repeticions; progressivament van perdent la funcionalitat de caminar.

2.1.5 Factors de Risc:

1. No modificables:

1.1 Edat:

Actualment a Espanya la demència se situa com un problema principal de salut pública prioritària. L'increment de l'esperança de vida de la població mundial ha generat que hi hagi un augment de la freqüència a patir malalties cròniques, com és el cas de la demència. Per aquest motiu, l'edat és el principal factor de risc. La prevalença creix exponencialment dels 65 als 85 anys, duplicant-se cada 5-6 anys i estabilitzant-se a partir dels 85-90 anys (2), xifres que resulten semblants a les que es troben a la resta d'Europa i del món (2).

1.2 Sexe:

Diferents estudis de mortalitat en demències afirmen que la taxa de mortalitat a la nostra població augmenta amb l'edat ambdós sexes. Sent més altes les taxes de la població masculina fins als 75 anys i més altes les taxes en la població femenina en majors de 75 anys (2). Aquest fet pot estar justificat perquè la població femenina té una esperança de vida superior a la masculina, fet que afirma que en grups d'edat avançada hi hagi més casos de mortalitat per demència del sexe femení (8). Dins el context Americà, els resultats obtinguts en les taxes de mortalitat per Alzheimer són superiors a les del nostre context i és equitatiu entre els dos sexes, exceptuant en majors de 85 anys, que hi ha un clar predomini en el sexe femení (8). No obstant, els estudis de grups de població amb demència, demostren que la mortalitat masculina és superior, fins al doble en alguns casos, i més precoç en els homes per l'efecte competitiu d'altres causes de mort, de manera que les dones amb demència sobreviuen fins a edats avançades, en què s'acumula una proporció més gran de casos que els homes i, per tant la prevalença femenina és més alta (8).

1.3 Factors genètics :

La presència d'un factor genètic en un pacient de primer grau augmenta quatre vegades el risc de patir demència tipus Alzheimer (2).

La malaltia d'Alzheimer s'ha vist associada a mutacions dels cromosomes 21, 14 o 1, el que resulta una excessiva producció de beta-Amiloide. Aquesta

proteïna pot portar a la mort neuronal i el síndrome clínic de malaltia d'Alzheimer. El 50% de la descendència de les persones amb aquesta mutació de cromosomes heretarà el gen i més endavant desenvoluparà la malaltia. L'herència fa que la persona sigui més susceptible als factors ambientals per desenvolupar la malaltia d'Alzheimer (18).

2. Modificables:

Els estudis més recents indiquen que els factors de risc vasculars i l'estil de vida de les persones estan relacionats amb l'aparició de la demència en l'envelliment i es poden prevenir, són modificables. Tot i així, la prevenció de la demència de l'ancià pot començar abans d'arribar a l'edat mitjana de la vida d'una persona. Barker y Osmond llencen la hipòtesi que el risc vascular del individu comença abans de néixer, prevenint un baix pes neonatal i evitant així, factors de risc de mortalitat vascular (20).

2.1 Factors ambientals:

Alguns factors ambientals com la contaminació per alumini, mercuri i virus poden ser causes influents per desenvolupar demència tipus Alzheimer, tot i així no s'ha demostrat que siguin factors que intervinguin de manera significativa (10).

2.2 Nivell Educatiu:

Un nivell educatiu baix és un factor de risc per la demència, ja que influeix en la capacitat d'afrontament de la malaltia. Es descriu que un estudi va observar que la capacitat per expressar el llenguatge escrit en la vida adulta té relació en un menor perill per patir demència d'Alzheimer (10).

2.3 Factors vasculars i malalties cròniques:

Algunes malalties cròniques com la hipertensió arterial (HTA), la Diabetis Mellitus tipus II i la hipercolesterolèmia són factors de risc relacionats amb la prevalença de patir demència de tipus Alzheimer. Aquests factors estan condicionats per factors genètics i per estils de vida. S'observa una relació d'un 14,9% dels casos de Diabetis Mellitus tipus II amb la demència d'Alzheimer i un 7,4% amb la cardiopatia isquèmica (21).

2.4 Tabaquisme:

L'hàbit de fumar és un dels factors més importants en la demència, ja que incideix en les malalties vasculars i, per tant, fa que tingui un percentatge molt alt (29,6%) (21).

L'hàbit de fumar (29,6%) i la hipertensió arterial (25,9%) són els factors de risc modificables amb més prevalença (21).

Figura 3: Factors de risc en els pacients amb dèficit cognitiu (21).

TABLA 2. Factores de riesgo en los pacientes con déficit cognitivo

Variables	n = 27	(%)
Hábito de fumar	8	(29,6)
Ingestión de bebidas alcohólicas	2	(7,4)
Hipertensión arterial	7	(25,9)
Diabetes mellitus	4	(14,8)
Cardiopatía isquémica	2	(7,4)
Hipercolesterolemia	0	(0,0)
Enfermedad de tiroides	0	(0,0)
Trauma craneal	0	(0,0)
Antecedentes familiares de demencia	0	(0,0)
Síndrome de Down	0	(0,0)

Fuente: Encuestas realizadas en los consultorios médicos de la familia 10.1; 10.2 y 10.3 del policlínico "Primero de Enero."

Aquestes dades indiquen que en els pròxims anys incrementarà la població amb risc de patir demència en l'envelliment de la població. Si s'aconsegueix retardar l'edat d'aparició de la demència (amb cinc anys ja disminuiria fins a la meitat de la seva prevalença), l'epidèmia de les demències en un futur podria disminuir i, conseqüentment, la càrrega social que comporten.

Es probable que una societat amb una millor salut i educació des de la infància, amb una prevenció de factors de risc vasculars i un estil de vida saludable en la vida adulta, generi un retard o una disminució en l'aparició de la demència (20).

2.1.6 Complicacions:

2.1.6.1 La Incapacitat i Risc d'Institucionalització:

La demència s'inicia amb un canvi de comportament que de vegades els mateixos cuidadors no perceben fins que no és molt evident, com és la pèrdua d'independència: un 52% necessita ajuda per vestir-se; un 34% per menjar; un 35% per caminar; un 69% per realitzar feines domèstiques i un 73% per manejar diners. Per aquest motiu, la incapacitat és una de les principals complicacions de la demència, el que comporta la institucionalització del pacient per disminuir la sobrecàrrega del cuidador principal i per una millora de la qualitat de vida de la persona amb demència (22).

2.1.6.2 La hospitalització:

El diagnòstic d'ingrés que s'associa amb més freqüència al deteriorament funcional són les malalties neurològiques, entre elles, la demència. Aquests pacients, degut a la seva situació prèvia a l'hospitalització, tindran més o menys deteriorament funcional i cognitiu (23).

El procés d'hospitalització comporta un deteriorament funcional, cognitiu i en conseqüència, pèrdua de l'autonomia de la persona, interferint en les activitats de la seva vida diària. S'ha demostrat que aquest deteriorament està més relacionat amb les característiques de la persona anciana que amb la gravetat de la malaltia aguda per la qual estan ingressats. Aquesta situació s'aborda a nivell multidisciplinari per prevenir el síndrome confusional agut, directament relacionat amb el deteriorament funcional (24).

2.1.6.3 El cost econòmic:

Durant l'últim període de vida en pacients dependents és quan es produeix el nivell més elevat de consum sanitari. Aquestes dades valoren la important càrrega de morbiditat de les necessitats assistencials que generen aquests pacients (25).

Segons diferents estudis a nivell nacional, el 90% de la població resta al seu domicili quan envelleix, quedant-se el 80% d'ells sota el cuidatge dels familiars en el cas que

se'ls presenti algun tipus de malaltia invalidant i sent institucionalitzats únicament el 10% d'ells, degut a les causes de proteccionisme familiar i al de la carència de places assistencials (26).

A nivell mundial (27), es calcula que el cost econòmic indirecte de la malaltia, és a dir, el temps dedicat pels familiars, és d'una dedicació total de 6.28 hores diàries al pacient amb demència. Actualment, segons Boada y Cols (27), el fet que les dones tinguin una presència molt gran dins del mercat laboral, implica que es redueixi el nombre de cuidadors informals per als pacients amb Alzheimer, per tant aquests costos indirectes passarien a ser directes. Els costos econòmics directes augmentes fins un 50% del cost total en pacients amb demència pel fet d'institucionalitzar-los (27).

La institucionalització sembla ser el component més important del cost de la malaltia i el valor augmenta fins un 54,6% en comparació amb l'atenció ambulatoria. És el factor que comporta el major cost econòmic en els pacients amb malaltia d'Alzheimer. Els trastorns conductuals i psicològics de la malaltia d'Alzheimer són responsables del 30% del cost anual total (28).

S'arriba a la conclusió que, tan a nivell mundial com a nivell nacional, els pacients institucionalitzats tenen un cost dos vegades superior als ambulatoris i que existeix una relació directa entre l'estadi de la malaltia i/o la institucionalització i els costos econòmics totals (27).

2.1.6.4 Incompliment terapèutic:

Els fàrmacs més utilitzats per tractar els pacients amb demència i símptomes psicològics i conductuals (SPC) són els neuroleptics i els anticolinesterassa amb un compliment terapèutic del 60% dels casos. La presència de SPC, com l'agitació, l'eufòria i la irritabilitat, disminueixen el compliment terapèutic, el que comporta augmentar la supervisió d'aquets pacients (29).

2.1.6.5 La mortalitat:

No hi ha molts estudis que facin referència a la mortalitat per demències. Hi ha diferents factors que influeixen en la predisposició a morir dels pacients amb demència. Un d'ells pot ser l'ús de benzodíacenes. Es van diagnosticar casos incidents de demència i va ser més freqüent en els pacients que es tractaven

recentment amb benzodiacepines (32%) que en els que no en prenen (23%). Tenint en compte els factors de risc: edat, diabetis i depressió, els que recentment tractaven amb benzodiacepines tenien un risc de patir demència del 60% (30).

Les demències, per la seva etiologia orgànica i el deteriorament físic que comporten, poden ser considerades causes significatives de defunció. La següent taula mostra l'evolució de les taxes específiques de mortalitat per demència segons l'edat i el sexe en les persones més grans de 60 anys, utilitzant un anàlisi estadístic amb les variables edat, any (cohort) de naixement i les taxes de mortalitat estandarditzades pel mètode directe, tenint com a referència la població mundial, es pot veure que les taxes augmenten de manera rellevant en els dos sexes. Fins al 75 anys les taxes són superiors en el sexe masculí i, a partir d'aquesta edat, són superiors en les dones.

Figura 4: Evolució de la mortalitat per demència a Catalunya. Taxes específiques per edat i sexe (31).

**Evolució de la mortalitat per demències a Catalunya.
Taxes específiques per edat i sexe***

Edat en anys	Període de defunció			
	1979-83	1984-88	1989-93	1994-98
Homes				
60-64	1,9	6,3	7,1	10,6
65-69	4,5	14,4	22,9	24,4
70-74	8,5	33,5	54,8	71,5
75-79	20,6	82,6	138,9	190,9
80-84	36,1	181,7	338,0	483,4
≥ 85	71,1	361,1	801,8	1.117,2
Dones				
60-64	2,7	5,4	5,7	5,4
65-69	3,0	11,1	17,2	17,1
70-74	8,2	31,6	54,4	57,3
75-79	19,8	73,2	144,2	189,0
80-84	41,8	171,8	356,8	504,3
≥ 85	103,6	364,9	881,7	1.466,4

* Taxes per 100.000 homes o dones.

La mortalitat depèn de la gravetat de la malaltia i també de l'últim període de vida dels pacients dependents, ja que és quan hi ha el nivell més elevat de consum sanitari. Aquestes dades valoren la important càrrega de morbiditat de les necessitats assistencials que generen aquests pacients.

Figura 5: Evolució del nombre de morts per demència a Catalunya en els més grans de 60 anys (31)

Evolució del nombre de morts per demència a Catalunya en els més grans de 60 anys					
	Període de defunció				
	1979-83^a	1984-88^a	1989-93^a	1994-98^a	1999-2003^{a,b}
Homes	40	220	498	827	1.456
Dones	82	370	968	1.716	3.138
Total	122	590	1.466	2.543	4.594

a Mitjana de casos anual.

b Període observat: 1984-1998.

Dins del context dels Estats Units (EEUU) s'estudia la causa per la qual hi va haver un gran increment en la mortalitat dels malalts d'Alzheimer durant la dècada dels vuitanta, estabilitzant-se en la dels noranta (8).

2.1.7 Tractament farmacològic de la demència tipus Alzheimer:

Com ja s'ha esmentat anteriorment, les demències poden ser reversible o irreversibles. Així doncs, les demències tractades són les causades per malalties reversibles. Les demències que han sigut causades per les següents lesions o malalties, normalment es poden tractar parcialment:

- Drogoaddicció crònica
- Tumors
- Hematoma subdural (ruptura de vasos sanguinis del cervell)
- Hidrocefàlia normal per pressió
- Malalties metabòliques (deficiència de vit. B12)
- Hipotiroïdisme
- Hipoglucèmia

D'altra banda, les demències associades a les següents malalties NO es poden tractar (5):

- Malaltia d'Alzheimer
- Demència multi-infart
- Demències associades a la malaltia de Parkinson

- Complex de demència per la SIDA
- Malaltia Creutzfeldt-Jakob (CJD). Una malaltia mortal de progressió ràpida que es manifesta amb espasmes i debilitat muscular

L'estudi de les patologies neurològiques ha evolucionat molt des de fa dues dècades i fa que actualment es pugui actuar amb més precisió. En el cas del deteriorament cognitiu es té en compte el procés terapèutic de cada etapa de la malaltia, ja que aquest pot retardar el començament, alentir el progrés i, en conseqüència, millorar els símptomes de la malaltia. Així doncs, es diferencien quatre categories terapèutiques:

1. **Fàrmacs simptomàtics:** milloren a nivell funcional.
2. **Fàrmacs preventius:** Disminueixen el risc de patir la malaltia o retarden l'inici d'aquesta.
3. **Fàrmacs estabilitzadors:** Alenteixen el progrés de la malaltia.
4. **Fàrmacs curatius:** Aquests encara estan per descobrir.

El sistema neurotransmissor colinèrgic és el que està més afectat en el deteriorament cognitiu, per aquest motiu, moltes teràpies farmacològiques se centren en restaurar la funció colinèrgica. Els fàrmacs Anticolinèrgics són els únics que han demostrat que són eficaços en molts estudis de placebo-control. D'altra banda, els **inhibidors de l'acetilcolinesterasa (ACE)** han demostrat que són efectius a nivell simptomàtic en estudis de curt termini (3 a 6 mesos) durant les **fases inicials de la malaltia**. Els fàrmacs més comercialitzats són (16,32,33):

- **Tacrina:**

Aquest fàrmac és un inhibidor selectiu i reversible de la ACE. A més a més, bloqueja els canals del sodi i el potassi i, actua directament als receptors muscarínics. Aquest fàrmac a demostrat una millora en els símptomes cognitius i, en conseqüència, en les activitats bàsiques de la vida diària. És un fàrmac que normalment durant les primeres 6 i 12 setmanes augmenta fins a 3 vegades la quantitat de transaminases en sang, actuant així doncs, amb una acció hepatotòxica directa i reversible. Es torna a la normalitat si se suspèn el tractament.

- **Donepezilo:**

És un fàrmac inhibidor reversible i selectiu de la ACE. Aquest fàrmac pot afectar a nivell gastrointestinal, provocant vòmits, nàusees, diarrea i anorèxia. Normalment, apareixen si augmenta la dosi en una relació de temps inferior a la recomanada.

- **Rivastigmina:**

És un inhibidor selectiu i pseudorreversible de la ACE, inhibeix a més a més, la butirilcolinaesterasa. El seu metabolisme és essencialment extrahepàtic i no presenta interaccions farmacològiques. Si es pauta en dosis molt altes pot provocar alteracions gastrointestinals, així com també, fatiga, astènia, pèrdua de pes, marejos i somnolència.

- **Galantamina**

Aquest fàrmac és un inhibidor de la ACE reversible i selectiu. Actua amb menys incidència sobre la butirilcolinaesterasa però té una funció més elevada sobre els receptors nicotínics, afavorint la transmissió colinèrgica. Els estudis que s'han realitzat amb aquest fàrmac demostren que millora l'estat cognitiu. Com la resta de fàrmacs, també pot presentar efectes adversos a nivell gastrointestinal si es pren el fàrmac en dosis altes.

- **Memantina**

És un fàrmac que està indicat en la fase moderada i avançada de la demència. S'ha de valorar setmanalment durant 3 setmanes fins arribar a una dosi de manteniment. Pot produir efectes secundaris com: al·lucinacions, confusions, mal de cap i psicosis.

2.1.8 Tractament no farmacològic de la demència tipus Alzheimer:

El tractament no farmacològic ajuda a potenciar i a mantenir les capacitats que encara conserva el pacient. L'objectiu és alentir el deteriorament de la malaltia. S'han de tenir en compte les necessitats bàsiques del pacient que estan alterades i sempre adaptades a les característiques personals i familiars de cada persona (34).

Segons la Guia de Salut de l'atenció integral a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències que publica el Ministerio de Sanidad i Política Social e Igualdad d'Espanya (35), el tractament no farmacològic de les demències ha d'estar basat en l'estimulació cognitiva, sobretot en aquells pacients amb un deteriorament cognitiu lleu o moderat per tal de mantenir la funció cognitiva i millorar la qualitat de vida.

Actualment, no es recomana un tipus d'intervenció cognitiva concreta en pacients amb malaltia d'Alzheimer lleu o moderada però sí que es poden recomanar les intervencions cognitives que treballen l'entrenament cognitiu de funcions concretes. S'ha observat que hi ha un major benefici global. Tots els programes d'intervenció cognitiva basats en l'entrenament cognitiu i l'orientació a l'entorn han d'estar ajustats a les capacitats cognitives i a la tolerància emocional de cada pacient per evitar conseqüències emocionals.

D'altra banda, també existeixen els programes d'activitat física per mantenir la funcionalitat dels pacients institucionalitzats amb demència.

Per últim, la Guia de Salut esmentada, recomana no realitzar massatges terapèutics, així com tampoc la musicoteràpia o la teràpia multisensorial per les manifestacions cognitives (35).

2.2 Trastorns conductuals relacionats amb la demència:

2.2.1 Definició, símptomes i valoració:

Els trastorns de conducta o símptomes psicològics i conductuals (SPC) són el conjunt de símptomes no cognitius que presenten una freqüència en qualsevol estadi de l'evolució de la demència (29).

La malaltia d'Alzheimer (MA) és la primera que descriu presència d'alteracions psiquiàtriques i conductuals. Aquestes comporten un dèficit d'habilitats per a la vida quotidiana, el que comporta una càrrega pels cuidadors i un gran impacte en la qualitat de vida del pacient que ho pateix i el seu entorn.

La demència s'inicia amb un canvi de comportament que de vegades els mateixos cuidadors no perceben fins que no és molt evident, com és la pèrdua d'independència: un 52% necessita ajuda per vestir-se; un 34% per menjar; un 35% per caminar; un 69% per realitzar feines domèstiques i un 73% per manejar diners (22). S'han identificat que els símptomes psicològics conductuals de la demència són deguts a una interacció de factors biològics, psicològics, socials i ambientals que actuen sobre un organisme biològic. Per aquest motiu, és bàsic abordar els trastorns de conducta des d'un equip multidisciplinari (36).

El personal sanitari que està en contacte amb les persones amb demència ha de saber utilitzar els recursos necessaris per oferir informació i assessorament familiar per prevenir i allargar el deteriorament cognitiu del malalt.

El símptomes conductuals poden ser (33):

1. Conductes no agressives: caminar d'un costat a l'altre, realitzar conductes repetitives, queixar-se, cridar, interrupcions verbals i accions per cridar l'atenció.
2. Conductes agressives: pegar, espentejar, mossegar, cridar i donar puntades de peu.

Les persones amb demència que no tenen antecedents psiquiàtrics normalment, només manifesten agressivitat reactiva. Acostumen a manifestar-se entre residents d'una mateixa institució quan es realitzen activitats de contacte directe o durant la higiene dels pacients. Aquestes actituds no s'haurien de classificar com a símptomes psicològics conductuals.

La identificació i el diagnòstic d'aquests símptomes és mitjançant una **anamnesi** amb la persona, per indagar sobre el contingut del pensament, la consciència de la malaltia i la evidència dels possibles factors causals i desencadenants dels trastorns de conducta. Aquests pacients necessiten a més a més, una **observació directa** de la interacció del pacient amb la resta d'ancians residents. S'han de valorar també les expressions físiques i verbals, la interacció amb l'entorn per diagnosticar símptomes com l'ansietat i també es tindrà en compte l'apatia o la hiperactivitat motora. D'altra banda, també és útil valorar aquests símptomes amb el seu cuidador/a no formal, ja que ens pot donar informació sobre les conductes més alterades, el seu temps d'evolució, el curs i el malestar que li generen aquestes actituds del seu familiar demencial. Per exemple, *l'agitació pot ser conseqüència d'una depressió o una alteració del contingut del pensament causat per una actitud amenaçadora, ja sigui perquè el pacient no ha entès alguna actitud o no recorda on ha posat algun objecte*. I, seguint amb l'exemple, *aquesta persona demencial pot tenir una predisposició genètica a patir depressions i que s'origini a causa d'una modificació del seu l'entorn i que no estigui ben adaptada* (36).

Taula 1: Classificació dels 14 símptomes conductuals de la demència (36):

SÍMPTOMA CONDUCTUAL	DEFINICIÓ
1. Alteració del pensament	Interpretacions, identificacions errònies de les persones conegudes i

	deliris.
2. Il·lusions i al·lucinacions	Percepcions distorsionades i percepcions falses de tipus visual, auditiu, olfactiu, gustatiu, somàtic o alguna altra experiència sensorial insòlita.
3. Agressivitat	Conducta física o verbal que pot causa un dany físic o psíquic al pacient. Normalment oposen resistència a rebre ajuda.
4. Depressió	Sentiment de tristesa, de falta d'esperança que provoquen un malestar pel pacient i una pèrdua de funcionalitat que l'incapacita per dur a terme les ABVD.
5. Ansietat	Sentiment de pèrdua de control excessiu o injustificat. S'expressa verbalment o gestualment.
6. Eufòria	Sentiment que expressa un humor inapropiat i més elevat del normal.
7. Apatia	Falta d'interès, desmotivació, falta de sentiment, d'emocions, actitud despreocupant.
8. Desinhibició	Actitud que allibera i permet els modes d'expressió o de comportament en públic.
9. Irritabilitat	Canvis d'humor injustificats, impaciència, intolerància davant de qualsevol situació.
10. Hiperactivitat motora	Augment de la deambulació o de qualsevol altra activitat motora, com per exemple el balanceig i no té una

	explicació de necessitat bàsica.
11.Repeticions verbals	Expressions verbals o sorolls repetitius que no obeeixen a un canvi en el pacient o en el seu entorn.
12.Trastorns del son	Pèrdua del cicle son-vigília. Aquest pot desencadenar-se com a hipersòmnia, insomni, inversió del cicle, son fragmentat, etc.
13.Augment de l'apetit	Impuls elevat per ingerir aliments.
14.Disminució de l'apetit	Falta d'impuls per ingerir aliments.

(36,37).

2.2.2 Prevalença:

Un estudi que es va realitzar l'any 2004 als pacients de les consultes externes de Neurologia de l'Hospital Universitari La Fe de València se'n va extreure que de 100 pacients estudiats, en un 62% dels casos existien trastorns de conducta, variant només amb dos valors entre els dos sexes, destacant els homes amb major nombre de trastorns. Els trastorns conductuals amb més prevalença van ser la **depressió amb un 36% dels casos**, la **irritabilitat amb un 35%**, l'**ansietat amb un 24%** i l'**apatia amb un 19%** dels casos. D'altra banda, amb menys freqüència podem destacar l'agitació amb un 4%, l'activitat motora amb un 3% i el deliri només en un dels casos estudiats. Així doncs, no es van trobar pacients que patissin al·lucinacions, desinhibició ni eufòria (38).

Dins del context mundial (38), els percentatges dels estudis similars realitzats a la població amb demència dels EEUU mostren que l'ansietat, la irritabilitat i el trastorn depressiu tenen una freqüència similar en el deteriorament cognitiu lleu i la demència.

Figura 6: Representació gràfica dels símptomes no cognitius trobats en el grup de pacients amb deteriorament cognitiu lleu mitjançant l'ús de l'Inventari Neuropsiquiàtric. No es mostren al·lucinacions, desinhibició ni eufòria (38).

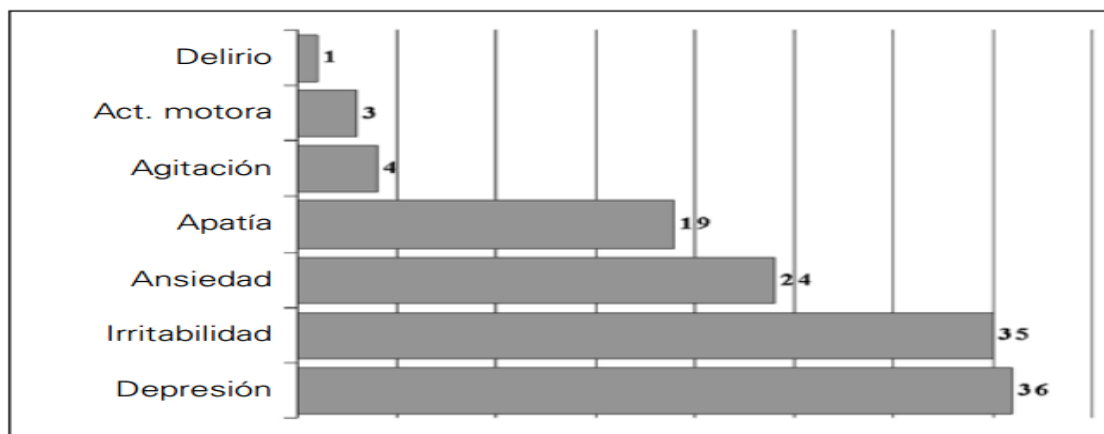


Figura. Síntomas no cognitivos encontrados en el grupo de pacientes con deterioro cognitivo leve mediante el uso del inventario neuropsiquiátrico. No se encontraron alucinaciones, desinhibición ni euforia.

D'altra banda, segons l'estudi del EEUU que és de tipus poblacional, s'observa que augmenta la freqüència d'aparició d'altres símptomes com l'apatia, el deliri, l'agitació o una conducta agressiva (38).

Figura 7: Comparació dels percentatges de detecció de símptomes neuropsiquiàtrics de l'estudi nacional amb casos de deteriorament cognitiu lleu d'un estudi poblacional dels EEUU (38).

Tabla II. Comparación de los porcentajes de detección de síntomas neuropsiquiátricos de nuestro estudio con el estudio de tipo similar, en casos con deterioro cognitivo leve, reclutados en un estudio de tipo poblacional en EE.UU.

	Lyketsos et al [21]	Presente estudio
Depresión	20,1	36
Irritabilidad	14,7	35
Apatía	14,7	19
Agitación	11,3	4
Ansiedad	9,9	24
Act. motora aberrante	3,8	3
Delirio	3,1	1
Desinhibición	3,1	0
Alucinaciones	1,3	0
Euforia	0,6	0

D'altra banda, l'any 2007 s'obtenen dades sobre una alta prevalença dels SPC a nivell Espanyol i contrasta amb que hi ha un infradiagnòstic que repercuteix negativament a la qualitat de vida del pacient i el seu entorn, el que comporta una cerca activa i que els pacients amb demència s'hagin de sotmetre a tractament per als SPC (29). És important diagnosticar-los i fer-ne un bon tractament perquè comporten agents generadors d'estrès al pacient i també a la persona cuidadora principal. Els SPC són un dels factors més relacionats directament amb un major cost econòmic de la malaltia i amb la institucionalització dels pacients (29).

L'any 2008 l'Institut de Neuropsiquiatria de Màlaga va realitzar un estudi de prevalença i comorbiditat en els símptomes psiquiàtrics de la malaltia d'Alzheimer. Aquest va estudiar un total de 122 pacients amb demència, dels quals un 98% presentaven símptomes conductuals amb una mitja de 5 símptomes per pacient: **apatia (75%)**, la **irritabilitat (66%)**, la **depressió (60%)**, l'**agitació (55%)**, l'**ansietat (54%)**, l'activitat motora (47%), deliris (38%), alteracions del son (36%), desinhibició (29%), alteracions de la gana (28%), al·lucinacions (20%) i l'eufòria (4%) (39).

A continuació es mostra una taula resum de tots els estudis d'epidemiologia comentats anteriorment:

Taula 2: Taula resum dels estudis epidemiològics consultats al llarg del treball.

AUTOR I ANY	NOM DE L'ESTUDI	DISSENY	PERFIL DE LA MOSTRA	INSTRUMENTS DE MESURA	RESULTATS
M. Baquero, R. Blasco, A. Campos-García, M. Garcés, E.M. Fages, M. Andreu-Català. 2004 (38).	Estudio descriptivo de lo trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve <i>Revista de Neurología</i>	Descriptiu	Pacients de consultes externes de neurologia de l'Hospital Universitari La Fe de València	Escala NPI (Neuropsychiatric Inventory)	La depressió amb un 36% dels casos, la irritabilitat amb un 35%, l'ansietat amb un 24% i l'apatia amb un 19%
J. M. García-Alberca, J. Pablo Lara, S. González-Barón, M. Á. Barbancho, D. Porta, M. Berthier. 2008 (39).	Prevalencia i comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer <i>Instituto Andaluz de Neurociencia y Conducta (IANEC) . Actas Esp Psiquiatr</i>	Es descriu la freqüència i gravetat dels SCP d'un grup de 125	Un grup de 125 pacients diagnosticats amb Alzheimer	Escala NPI (Neuropsychiatric Inventory)	El 98% presentaven SPC amb una mitja de 5 símptomes per pacient: apatia (75%), la irritabilitat (66%), la depressió (60%), l'agitació (55%) i l'ansietat (54%)
S. López-Pousa, J.Vilalta-Franch, J. Garre-Olmo, S. Pons, M.G. Cucurella. 2007 (29).	Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia <i>Revista de Neurología</i>	Transversal i retrospectiu de 1025 pacients amb demència en 52 centres nacionals especialitzats	Pacients de consultes hospitalàries i extrahospitalàries de neurologia, psiquiatria i geriatria	Escala NPI (Neuropsychiatric Inventory)	La prevalença global de SPC és un 66,7%

2.2.3 Factors de Risc:

Dins dels factors de risc dels símptomes conductuals trobem:

1. Els **factors biològics i genètics** expliquen que els símptomes conductuals són el dany o disfunció a nivell frontal, degut a una alteració dels impulsos (apatia, hiperactivitat, desinhibició o canvis d'alimentació) o una alteració del pensament. La disfunció frontal pot manifestar-se en solitari, com per exemple l'apatia, la hiperfàgia, etc. o combinada amb un trastorn d'identificació que està associat a un dany o disfunció a nivell temporal dret. La fragmentació del son és deguda a un dèficit colinèrgic.
D'altra banda, qualsevol tractament farmacològic produeix un canvi a nivell metabòlic, el qual pot desencadenar símptomes conductuals a través d'un mecanisme de dany difús que donarà lloc a l'agitació, alteració del pensament, ansietat i signes físics.
2. La **visió psicològica** afirma que els símptomes conductuals d'aquests pacients estan basats en la personalitat que van adquirint al llarg de la vida i els recursos que necessita per afrontar reptes i adversitats. Aquests símptomes psicològics conductuals de la demència serien deguts a l'intent d'adaptació als canvis fisiopatològics i ambientals que comporta la malaltia. La pèrdua cognitiva d'aquests pacients fa que no recordin quins recursos utilitzaven per actuar d'un manera o una altra i, el fet que no puguin recordar-ho ni raonar, fa que, per exemple, tinguin idees delirants sobre un fet. En el cas de l'apatia es pot interpretar com que els pacients volen evitar de manera més o menys conscient, les situacions difícils i estressants que estan vivint amb la malaltia.
3. Per últim, els **factors socials i ambientals** com per exemple passar per situacions estressants, pèrdua d'afectació, de relacions socials o que el pacient no sigui capaç d'entendre, poden fer que la persona demencial manifesti símptomes conductuals. Es va realitzar un estudi que afirmava que un dels principals factors associats als símptomes conductuals era quan no estaven cobertes les necessitats vitals de la persona: biològiques (alimentació, activitat física, dormir, etc.), psicològiques (seguretat, empatia,

afectivitat, etc.) i socials (companyia, respecte, valoració, etc.) (40). Així doncs, és molt important la figura del cuidador/a d'aquests pacients, ja que el seu tracte amb la persona demencial influirà en els trastorns conductuals que pugui manifestar. Està comprovat que els cuidadors que són autoritaris, crítics, insistents i poc afables amb la persona amb demència, poden comportar alteracions de conducta en el pacient.

Alguns factors ambientals com l'ús d'un excés de llum i evitar sorolls abundants, redueixen els trastorns conductuals en pacients institucionalitzats. Així com també, que l'entorn dels pacients institucionalitzats sigui acollidor, segur i individualitzat, ajuda a disminuir l'agressivitat, l'agitació i l'ansietat. Per aquest motiu, s'hauran de tenir molt en compte els factors socials i ambientals, ja que aquests poden canviar o extingir les conductes en funció del tipus de reforç associat (36).



Figura 8: Factors bio-psico-socials i la clínica de les demències (36).

A continuació, s'enumeren altres factors de risc que influeixen també amb l'aparició dels símptomes conductuals en pacients amb demència (40):

- **Les experiències prèvies del pacient**
- **Factors genètics**

- **Influències de l'entorn**
- **Neurobiologia del procés degeneratiu**

Els trastorns conductuals poden sorgir en qualsevol moment de la malaltia però no tots els individus tenen perquè coincidir en els mateixos símptomes durant la mateixa fase de la malaltia. Cadascú té les seves prèvies experiències i factors genètics diferents. Algunes investigacions constaten que existeixen una sèrie de determinants que actuen com a **factors vulnerables** que incideixen davant de l'aparició dels símptomes conductuals com (40):

- Una baixa reserva cognitiva
- Privació sensorial
- Patologia sistèmica greu de base
- Episodi previ de delírium

D'altra banda, també trobem els possibles **factors desencadenants pels trastorns de conducta**, els quals són necessaris per identificar quin factor ha ocasionat el trastorn de conducta i es puguin prevenir altres episodis:

- Fàrmacs degut a la toxicitat
- Dolor
- Restrenyiment
- Infeccions
- Patologia aguda
- Febre
- Alteracions endocrino-metabòliques com una insuficiència renal, respiratòria, deshidratació, etc.
- Contenció física
- Privació sensorial
- Canvis de conducta (entorn)

Durant el procés de la malaltia també hi ha altres aspectes a tenir en compte que influeixen en els símptomes conductuals: els cuidadors informals, els professionals i l'entorn (40).

2.2.4 Complicacions:

Els pacients amb demència que pateixen trastorns conductuals acostumen a prendre molts fàrmacs, entre ells els neurolèptics, els quals poden causar **estrenyiment**. Els pacients no ho perceben, per aquest motiu el cuidador/a principal n'ha de dur un control. En aquests casos, s'ha d'afavorir la mobilitat del pacient i que porti una dieta rica en fruites, verdures i aliments rics en fibra. A més a més, sota prescripció mèdica, se'ls pot administrar laxants (41).

Els fàrmacs més sedatius com els neurolèptics i les benzodiacepines, augmenten el **risc de caigudes** en els pacients demencials (entre un 40 i 50% dels casos), d'aquestes un 25% acaben sent fractures, especialment de fèmur. Els ancians que cauen, acostumen a ser reincidents durant aquell any.

Altres fàrmacs, com els anticonvulsionants, poden causar **disfunció hepàtica i alteracions hidroelectrolítiques** (33).

I, per últim, el tractament amb psicofàrmacs per reduir els deliris, l'ansietat, els símptomes depressius, l'agitació i l'agressivitat o els trastorns, causen un major risc **d'institucionalització i mortalitat** (25).

El procés d'institucionalització està basat en mecanismes de supervivència, aquests desencadenen un conjunt de reaccions fisiològiques i psicològiques encaminades a la superació del procés. Han Selye (42) va definir l'estrès orgànic com "aquella resposta específica del cos a l'acció de l'ambient". A nivell fisiològic descriu els agents productors d'estrès en tres etapes que va anomenar Síndrome d'Adaptació General. D'altra banda, Lazarus va identificar bàsicament dos tipus d'estratègies per afrontar les situacions d'estrès. Una està centrada en elaborar respostes orientades a la resolució i modificació de problemes i l'altra en la modulació de les emocions. El procés d'institucionalització suposa l'activació d'aquests processos i els mecanismes adaptatius que s'han de desenvolupar comporten un repte homeostàtic important, no només pel que implica la seva pròpia privació de llibertat, sinó també per les condicions ambientals que influiran en l'avaluació cognoscitiva de l'entorn, el qual pot manifestar símptomes conductuals (42).

2.2.5 Instruments de mesura dels trastorns de conducta:

Els símptomes psicològics i conductuals de la demència es diagnostiquen a través de l'observació i l'entrevista amb el pacient i el cuidador. El personal d'infermeria té un paper molt important en l'anàlisi de la conducta del pacient, ja que intervé en fer una bona observació de les activitats bàsiques de la vida diària del pacient, així com del comportament i les interaccions amb l'entorn, ja que ens poden indicar alteracions de conducta i relacionar-ho així amb símptomes d'ansietat, de depressió, d'apatia o d'hiperactivitat motora.

En el moment de l'anamnesi del pacient haurem d'incidir en el contingut del pensament, de la consciència de la malaltia, de la vivència de dèficit i els possibles factors desencadenants. D'altra banda, el cuidador ens pot donar molta informació de les conductes més alterades del pacient, el temps d'evolució d'aquestes, el seu curs clínic, els antecedents i les conseqüències de conducta i el sofriment que comporten en el pacient.

Dins del camp del símptomes psicològics de les demències són reconeguts dos autors molt importants, Reisberg et al i Cummings et al (36), els quals van ser pioners en la definició i la classificació d'aquestes manifestacions psiquiàtriques, basant-se en l'escala d'avaluació de patologia conductual en la malaltia de l'Alzheimer (**BEHAVE-AD**) i en l'**inventari neuropsiquiàtric (NPI) (Annex 1)**. Aquest últim, és més ampli, flexible i equilibrat i, en la seva puntuació ofereix una major sensibilitat al canvi, a la millora del pacient. S'ha convertit en un referent universal utilitzat per diagnosticar i estudiar els símptomes psicològics i conductuals de la demència en molts àmbits (36).

A més a més, de les escales generals com la NPI-Q (abreviada així en versió espanyola), també s'han dissenyat diferents escales específiques per valorar els trastorns de conducta en pacients amb demència.

Per valorar l'**ansietat** s'utilitzen escales senzilles com l'escala de Hamilton, l'escala de Golberg, l'escala de Taylor, entre altres. A continuació es mostra un exemple de l'escala de Golberg, la qual conté dues subescales que valoren l'ansietat i la depressió. (**Annex 2**) (17).

Pel que fa a la **depressió** existeixen tres diferents escales que l'avaluen: *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS); la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de

Yesavage: el *Beck Depression Inventory* (BDI) i la *Self-Rating Depression Scale* (SDS) de Zung (17):

- L'escala HDRS requereix que el professional sanitari que avaluï al pacient tingui experiència. És una escala que valora 17 ítems però recentment s'han validat altres versions amb 7 i 21 ítems (**Annex 3**).
- L'escala de Yesavage conté 15 ítems amb respostes sí i no. Està validada al castellà pel cribratge de la depressió en persones majors de 65 anys (**Annex 4**).
- D'altra banda, l'escala BDI és autoaplicable, per tant, no seria òptima per avaluar els pacients amb demència, degut al deteriorament cognitiu que presenten (**Annex 5**). L'altra escala autoaplicable és la SDS (**Annex 6**). Alguns estudis epidemiològics han analitzat que no és satisfactòria en ancians, ja que requereix un nivell cultural moderadament elevat a l'hora de realitzar-la (17).

L'**agitació** també s'avalua amb les subescales de la NPI-Q, ja que registren l'agressivitat física, la verbal i les alteracions de l'activitat general (acumulació, deambulació, desinhibició, entre altres) (43).

Figura 9: Escala NPI i subescales segons el tipus de demència (29).

Tabla II. Escala NPI global y subescalas según el tipo de demencia.

Agitación	Total	634	360	148	126	0,2783
	Si	199 (31,4%)	114 (31,7%)	52 (35,1%)	33 (26,2%)	
	No	435 (68,6%)	246 (68,3%)	96 (64,9%)	93 (73,8%)	
	Perdidos	34	20	8	6	
Depresión	Total	632	361	147	124	0,0666
	Si	248 (39,2%)	134 (37,1%)	54 (36,7%)	60 (48,4%)	
	No	384 (60,8%)	227 (62,9%)	93 (63,3%)	64 (51,6%)	
	Perdidos	36	19	9	8	
Ansiedad	Total	630	358	147	125	0,5949
	Si	236 (37,5%)	128 (35,8%)	58 (39,5%)	50 (40,0%)	
	No	394 (62,5%)	230 (64,2%)	89 (60,5%)	75 (60,0%)	
	Perdidos	38	22	9	7	

2.2.6 Tractament farmacològic dels trastorns de conducta:

Els fàrmacs que tracten els símptomes conductuals de la demència es basen en quatre tipus:

1. **Fàrmacs Neuroleptics o antipsicòtics:** estan indicats principalment per deliris i al·lucinacions però també s'ha demostrat que són efectiu en el control de l'agitació. Són els únics que han demostrat una eficàcia en el control del símptomes psicològics de la demència. Presenten molts efectes secundaris. Exemple: *Haloperidol, Risperidona o Quetiapina*.
2. **Benzodiazepines:** resulta útil en els pacients demencials que presenten símptomes d'ansietat associats als trastorns de conducta. Té diversos efectes secundaris com l'atàxia, la confusió i la sedació excessiva. Exemple: *Lorazepam, Citalopram, Midazolam, Alprazolam o Diazepam*.
3. **Fàrmacs antidepressius:** tal com indica el seu nom, s'utilitzen per episodis de depressió, control de l'ansietat i l'insomni. Tenen efectes secundaris com el restrenyiment, la hipotensió, la sedació i l'augment de la confusió. Exemple: *Trazodona*.
4. **Fàrmacs antiepilèptics:** s'administren pel control de l'ansietat. S'associen a l'augment del risc de caigudes, empitjoren la confusió i poden causar reacció paradoxal si augmenta l'ansietat. Exemple: *Gabapentina, Àcido Valproico*.

Taula 3: Tractament farmacològic dels trastorns conductuals (36,43-45).

SÍMPTOMA CONDUCTUAL	TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	EFFECTES SECUNDARIS
❖ Depressió	✓ Antidepressius i, si és de caràcter delirant o agressiva, acompanyar de neuroleptics	Augment dels nivells de colesterol, disminució de l'apetit, somnolència, insomni, agitació, mareigs, cefalea, visió borrosa, estrenyiment, vòmits, sequedat bucal, astènia, sudoració.
❖ Ansietat	✓ Antidepressius (<i>Trazodona, Venlafaxina</i>)	Benzodiazepines: Dependència, sedació i

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Benzodiacepines ✓ Fàrmacs antiepilèptics (<i>Gabapentina</i>) ✓ Neurolèptics 	<p>Risc de caigudes.</p> <p>Gabapentina: Infeccions respiratòries, anorèxia, inestabilitat emocional, estrenyiment, amnèsia, convulsions, disàrtria, insomni i sequedat bucal.</p>
❖ Agitació	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurolèptics típics (<i>Haloperidol, Fenotiazina</i>) i atípics (<i>Olanzapina</i>) ✓ Inhibidors de l'acetilcolinesterasa (<i>Rivastigmina, Donepezil</i>) ✓ Antidepressius (<i>Trazodona</i>) ✓ Anticonvulsionants (<i>Àcid Valproic</i>) ✓ Benzodiacepines 	<p>Neurolèptics atípics: major incidència d'AVC.</p> <p>Rivastigmina: Nàusees, vòmits i diarrea.</p> <p>Benzodiacepines: Dependència, sedació i Risc de caigudes.</p> <p>Anticonvulsionants: Sedació, risc de caigudes, alteracions hematològiques, disfunció hepàtica i alteracions hidroelectrolítiques. A més a més, tenen tendència a interactuar amb altres fàrmacs.</p>

L'ús de fàrmacs pel tractament dels símptomes conductuals ha de ser exhaustiu i personalitzat, s'ha de regir a les característiques de cada pacient i tenir en compte que aquests símptomes poden ser de curta durada o intermitents, per tant, s'ha de revisar constantment la necessitat de l'administració dels fàrmacs i reduir la dosi, si és necessari (33,36).

2.2.7 Tractament no farmacològic dels trastorns de conducta:

Les teràpies no farmacològiques són tècniques terapèutiques complementaries al tractament farmacològic amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida del pacient. Incideixen en l'**estimulació cognitiva grupal** i s'ha observat que milloren els problemes de conducta i l'afectivitat. També s'han realitzat estudis amb **teràpies**

alternatives i complementàries com *la teràpia musical, els massatges i el contacte* amb els pacients amb demència d'Alzheimer i evidencien que disminueixen els estats de depressió, ansietat i agitació (36).

A continuació, s'explicaran els dos tipus de teràpies no farmacològiques indicades en pacients amb trastorns conductuals de la demència d'Alzheimer:

Taula 4: Tractament no farmacològic dels trastorns conductuals (36).

TERÀPIES NO FARMACOLÒGIQUES	INDICACIONS
1. Estimulació cognitiva grupal	Implicació en les activitats verbals a nivell grupal amb la finalitat de promoure el funcionament cognitiu social.
2. Teràpies alternatives	Tècniques terapèutiques amb finalitat de millora de la qualitat de vida del pacient.

2.2.7.1 Estimulació cognitiva grupal:

- a) **La intervenció** de l'estimulació cognitiva a nivell grupal es basa en realitzar activitats relacionades amb la interacció social, la orientació i el record de les persones demencials. Aquestes sessions es realitzen en residències o centres de llarga estància i tenen una durada de 30 a 60 minuts, de 3 a 4 cops per setmana i amb una continuació de 4 a 11 setmanes. D'altra banda, en pacients amb menys deteriorament cognitiu es poden realitzar sessions de 30 a 45 minuts, de 2 a 3 cops per setmana i amb una continuació de 8 a 10 setmanes.
- b) **La població** diana que està indicada per dur a terme aquesta activitat són els pacients amb un GDS 5-6 i amb presència de trastorns conductuals.

- c) **Els criteris d'exclusió** s'apliquen als pacients amb deteriorament cognitiu lleu (DCL), ja que no hi ha suficient evidència que demostrï que pugui evitar o retardar la progressió del DCL a demència. Tampoc existeix evidència de l'eficiència d'aquesta intervenció per als pacients amb demència vascular (46).
- d) **Els beneficis** d'aquesta activitat són promoure el funcionament cognitiu i social els pacients amb malaltia d'Alzheimer.
- e) Un dels **inconvenients** és que actualment, el tipus de processament general sembla tenir major benefici que aquells en què es realitza un entrenament cognitiu de funcions concretes (46).
- f) En **conclusió**, aquesta intervenció és una activitat que, a més a més, de tractar el funcionament cognitiu i social dels pacients, també interfereix en la seva afectivitat i això fa que aquestes persones millorin el seu estat d'ànim i se sentin més segures amb elles mateixes per afrontar la malaltia (36).

2.2.7.2 Teràpies alternatives i complementàries:

❖ Els massatges terapèutics:

Aquesta opció terapèutica és una alternativa al tractament farmacològic dels pacients amb demència. Ajuda a contrarestar l'ansietat, l'agitació i la depressió, inclús alenteix el progrés del deteriorament cognitiu d'aquests pacients.

L'article "Intervenciones basadas en la evidencia para ancianos residentes en centros de larga estancia con síntomas conductuales relacionados con la demencia", parla de tres estudis que es van realitzar amb teràpia sensorial. Dos d'aquests es van sotmetre al contacte físic terapèutic especialitzat i fitoteràpia, sense diferenciar entre els pacients del grup control i del grup experimental. L'estudi que treballava amb el contacte físic terapèutic especialitzat també comptava amb la presència del cuidador principal del pacient i el contacte físic terapèutic de placebo. Entre aquestes dues no es van observar diferències en els resultats però sí una gran disminució de les puntuacions d'agitació inicials en els pacients que havien rebut contacte físic especialitzat i els pacients que no havien rebut contacte físic. S'arriba a la conclusió que el contacte físic aporta beneficis a aquests pacients (43):

- a) **La intervenció** del massatge terapèutic consisteix en posar en contacte les mans del terapeuta amb el cos del pacient. A mesura que s'aplica el massatge a nivell general, s'utilitzen tècniques relaxants com olis aromàtics, cremes amb substàncies estimulants i fisiològiques per tal de disminuir l'ansietat, l'agitació i la depressió dels pacients amb demència.
- a) **La població diana** d'aquesta intervenció és centra en tots els pacients que pateixen demència i en totes les fases de la malaltia. **No hi ha criteris d'exclusió.**
- b) Aquesta tècnica és **beneficiosa** per la persona amb trastorns de conducta, ja que a partir d'ella relaxació disminueix els nivells d'agitació al moment.
- c) D'altra banda, un dels **inconvenients** en utilitzar aquesta tècnica en pacients amb presència d'agitació és la confusió d'identificar si la millora del comportament de l'agitació comentada en l'article nombrat anteriorment, va ser deguda al contacte físic terapèutic especialitzat o a la presència del cuidador principal del pacient que feia que aquest estigués més tranquil. La Guia de la Salut per al maneig de la demència del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, afirma que l'evidència dels massatges terapèutics com a tractament terapèutic per a l'agitació és limitada (35).
- d) Com a **conclusió** general, s'acorda que aquesta tècnica pot servir com a teràpia terapèutica del tractament conductual però es necessita més investigació per obtenir més beneficis (35).

❖ **La musicoteràpia:**

És una teràpia no farmacològica amb tres segles d'història. La seva aplicació en la malaltia d'Alzheimer s'ha demostrat que estimula la memòria anterògrada i retrògrada de les persones que la pateixen i, es pot utilitzar com a mètode de contacte amb la realitat i també de reminiscència per recordar moments viscuts, que els ajudi a reconduir els trastorns de conducta (3).

A continuació, s'especificarà com influeix aquesta tècnica amb els símptomes conductuals d'aquests pacients.

2.3 Els trastorns conductuals i la musicoteràpia:

Al segle XVIII comencen a aparèixer els primers articles que parlen de la musicoteràpia com a element terapèutic d'algunes malalties. Actualment, American Music Therapy Association (AMTA) realitza estudis als EEUU amb la finalitat de donar a conèixer els efectes que té la música en els pacients de diferents edats. Aquesta Associació defineix la musicoteràpia com "l'ús controlat de la música amb l'objectiu de restaurar, mantenir i incrementar la salut mental i física". Aquest objectiu inclou tractar els trastorns de conducta del pacients, fet que farà que el pacient augmenti l'autoestima i, conseqüentment, que estigui més adaptat a la societat (3):

2.3.1 La musicoteràpia com una intervenció d'infermeria:

Segons el llibre de la Classificació d'Intervencions d'Infermeria (Nursing Interventions Classification (NIC) (47) "una intervenció és qualsevol tractament basat en el criteri i el coneixement clínic que realitza un professional d'infermeria per augmentar els resultats del pacient". Dins del NIC s'estableix la Musicoteràpia com a intervenció d'infermeria. Aquesta es defineix amb la mateixa descripció que la nombrada anteriorment segons l'AMTA (48). D'altra banda, també es parla de la diferència entre Teràpia Musical com a intervenció d'infermeria i la Musicoteràpia com a disciplina (49). Aquesta comença a ser una professió organitzada des del 1940. Actualment existeix una carrera Universitària que forma musicoterapeutes professionals, encarregats de dur a terme aquesta intervenció. Aquesta implantació és molt recent, per aquest motiu, el personal d'infermeria, continua assumint en gran espectre, aquesta teràpia com una intervenció més del seu pla terapèutic (49).

La salut requereix un abordatge multidisciplinari per tal de ser efectiva en totes les àrees de salut i des d'una visió holística del pacient. Els professionals d'infermeria poden enriquir-se de les aportacions de la musicoteràpia. La música és un canal a través del que es manifesta el comportament humà; s'estableix una relació d'integració i recuperació de la identitat d'un mateix, el que comporta que els trastorns de conducta puguin ser reconduïts mitjançant la teràpia musical. Per aquest motiu, la música no pot ser considerada banal per part dels professionals d'infermeria, sinó com un recurs fonamental, una eina de llenguatge per facilitar les experiències de salut-malaltia que es comparteixen amb els pacients (48,49)

És molt important fer un bon seguiment de la millora del pacient i determinar l'evolució i l'efectivitat d'aquesta tècnica (3):

- a) **La intervenció** en les demències des de la musicoteràpia consisteix en aplicar música i els seus elements constituents per treballar en diverses teràpies actives mitjançant diferents tècniques com: el cant, tocar instruments, activitats rítmiques, improvisació, composició i escoltar música.
- b) **La població diana** d'aquesta intervenció se centra en tots els pacients que pateixin demència i es pot realitzar en qualsevol moment de les fases de la malaltia. **No hi ha criteris d'exclusió.**
- c) **Els beneficis** que té sempre són amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida d'aquests pacients i mantenir algunes habilitats físiques i mentals. Dins de *l'àrea fisicomotriu* el deteriorament d'habilitats dels pacients amb demència és l'alentiment progressiu de la velocitat del moviment. S'ha demostrat que la música és un activador excel·lent de les funcions cerebrals relacionades amb el ritme. L'estimulació auditiva rítmica permet incentivar les funcions motrius i facilitar el moviment. Aquest cas es dona en etapes més avançades de la demència. S'ha comprovat que ajuda a establir la capacitat de caminar i desplaçar-se de manera autònoma durant un temps.

Dins de *l'àrea cognitiva* la música activa les funcions cognitives com la memòria, estimula la memòria episòdica i autobiogràfica, facilita l'aprenentatge i record de paraules; també activa l'atenció, potenciant el funcionament cognitiu general; i activa el llenguatge i l'orientació, millorant el contingut i fluïdesa del llenguatge.

D'altra banda, la música també pot afectar a *l'àrea socioemocional*. La demència provoca símptomes com l'aïllament, la pèrdua d'habilitats socials en general i l'apatia. Aquests símptomes poden empitjorar si els pacients no participen en les activitats terapèutiques. La musicoteràpia disminueix les emocions negatives i ajuda a potenciar la interacció social i la comunicació d'aquests pacients.

Per últim, la musicoteràpia també influeix dins de *l'àrea del comportament*. Permet reduir l'ús de fàrmacs i millorar alguns símptomes com: els deliris,

l'agitació, l'ansietat, l'apatia, la irritabilitat, l'activitat motriu inapropiada, la deambulació, les agressions (Guetin, S; Portet, F; Picot, M.C, et al 2009 (50); Solé, C et al 2012 (3)). El fet de disminuir els nivells d'agitació contribueix a la disminució dels nivells d'estrès i ansietat dels cuidadors principals.

- d) Un dels **inconvenients** de la musicoteràpia és que la durada dels seus efectes en el comportament d'agitació, com l'ansietat, la irritabilitat i la intranquil·litat, no es perllonga en el temps, el que fa necessària, una intervenció continuada per obtenir uns bons resultats.
- e) Després de valorar aquesta teràpia se'n treu la **conclusió** que tots els estudis de musicoteràpia realitzats fins ara demostren que és una teràpia que tracta la malaltia des d'una visió holística i integral i la seva tècnica permet contribuir en millorar la qualitat de vida d'aquests pacients quan la pròpia malaltia afecta a la integritat com a persona.

Per últim, la musicoteràpia, tot i concretar que la durada dels seus efectes en pacients amb agitació i ansietat no es perllonga en el temps i, per tant, és necessari destinar molts mesos per obtenir bons resultats, és la tècnica terapèutica no farmacològica més completa, ja que avarca les diferents àrees de la persona i permet aplicar diferents activitats relacionades amb la música per treballar i incidir en aquestes (3).

A nivell mundial, s'han realitzat estudis per avaluar l'efectivitat de la musicoteràpia com a intervenció terapèutica en els nivells de depressió, ansietat, agitació relacionats amb la qualitat de vida de les persones diagnosticades de demència d'Alzheimer (The New York State Department of Health.1993-1995; 1997 (51)). Després de realitzar sessions de 30 minuts de musicoteràpia tres cops per setmana durant deu mesos en aquests pacients i 45 minuts de sessió, tres cops a la setmana, durant quatre mesos, respectivament, disminueixen el grau de depressió, ansietat i agitació en els pacients amb demència en fase lleu-moderada que es troben en serveis residencials de llarga estància. Els resultats es veuen reflectits en les escales de mesura que s'apliquen abans i després de la intervenció (51).

Altres estudis del New York State Department of Health (Tomaino, C. 1988-1998) afirmen que els pacients sotmesos a sessions d'escoltar música de quan tenien entre 20 i 30 anys, són capaços de reaccionar al respecte i reconèixer-les. Aquestes

respostes actuen com a procés rehabilitador en aquests pacients i disminueix els episodis de depressió, d'ansietat i d'agitació.

La musicoteràpia és una teràpia molt bona per als trastorns de comportament i els símptomes psicològics de la demència. És un mètode efectiu i saludable per tractar l'agitació i l'ansietat en casos de demència d'Alzheimer lleu-moderada (Svansdottir HB.; Snaedal J. 2006 (52)). La música alterna diferents components de la malaltia a través d'experiències sensorials, emotives, comportamentals i socials que són útils per tractar l'ansietat i la depressió en pacients amb Alzheimer, ja que milloren l'estat d'ànim d'aquests pacients (Guetin, S; Portet, F; Picot, M.C, et al 2009 (50)). Aquesta teràpia presta l'atenció a les variables socioemocionals i conductuals de les persones amb malaltia d'Alzheimer per tractar els símptomes conductuals i psicològics de la demència (53).

Altres estudis internacionals, com la investigació de Ledger y Baker l'any 2007 (53) suggereixen que la intervenció de musicoteràpia a llarg termini redueix els nivells d'agitació de les persones amb malaltia d'Alzheimer.

D'altra banda, també es contrasten limitacions en aquesta tècnica, el que incita a la demanda de més dissenys d'investigació que tinguin en compte els factors fisiològics, psicològics i sociològics de la musicoteràpia en els comportament d'agitació de les persones amb demència d'Alzheimer (54).

Dins del nostre context, la realització d'estudis pilots en l'aplicació de la musicoteràpia en pacients d'Alzheimer, demostren que és una tècnica efectiva en l'increment de l'àrea socioemocional d'aquests pacients (Brotons, M.; Martí, P. 2003 (55)). Existeix una disminució dels símptomes de depressió, ansietat i agitació dels pacients amb demència de tipus Alzheimer (Solé, C et al 2012 (3)) tractats amb musicoteràpia. Aquesta intervé en l'àrea del comportament i també ho fa a nivell de l'àrea fisicomotriu, l'àrea cognitiva i l'àrea socioemocional. Permet fer un abordatge de la persona des d'un punt de vista holístic i integral. És una teràpia que utilitza com a eines d'intervenció, la música i els seus elements constituents (Carme Solé et al. 2012).

A continuació es presenta una taula resum dels estudis d'investigació comentats anteriorment:

Taula 5: Taula resum dels estudi d'investigació consultats al llarg del treball .

AUTOR I ANY	NOM DE L'ESTUDI	DISSENY	PERFIL DE LA MOSTRA	INTERVENCIÓ	INSTRUMENTS DE MESURA	RESULTATS
New York State Department of Health. 1993-1995. (51).	The influence of Music on Memory in Persons with Dementia.	Hipòtesis plantejada: <i>La musicoteràpia pot afectar positivament a la funció neurològica i cognitiva de les persones amb demència?</i>	Els pacients van ser agafats a l'atzar	Sessions de 30 minuts de musicoteràpia, 3 cops per setmana durant 10 mesos. Les variables que es van estudiar van ser: l'atenció, la verbalització, els canvis conductuals, la depressió i l'estat cognitiu dels pacients amb demència d'Alzheimer.	Les escales de mesura que es van utilitzar van ser: Mini-Mental Status Exam, Cornell Scale for Depression in dementia, Cohen-Mansfield Agitation Scale, Global Deterioration Scale and vídeo analysis.	Els pacients van disminuir la puntuació en l'escala Mini-Mental després de la intervenció de musicoteràpia. Curiosament van tenir una millor resposta davant dels temes musicals que no coneixien.
New York State Department of Health. 1997. (51).	The Effects of a Music Therapy Intervention on the levels of Depression,	Estudi control	La mostra que es va utilitzar per l'estudi estava formada de grups de 5 persones. Els participants van	Sessions de 45 minuts de musicoteràpia, 3 cops a la setmana durant 4 mesos.	Es va utilitzar com a escala de mesura, The Music Therapy Assessment Tool (MTAT) . Els marcadors del comportament d'aquesta escalar	Els resultats de l'estudi van confirmar que una intervenció de musicoteràpia podria disminuir la depressió i l'ansietat en les persones amb

	Anxiety/Agitation, and Quality of life Experienced by Individuals Diagnosed with Early and Middle Stage Dementias		ser comparats amb els individus que no participaven en les intervencions de musicoteràpia.	Es van estudiar els nivells d'agitació/ansietat en relació a la qualitat de vida i l'adaptació a les habilitats de la vida diària i el funcionament cognitiu d'aquests pacients.	inclouen l'observació de l'expressió facial i corporal dels pacients: somriures, conversació entre els pacients, afecció, expressió no verbals, actituds de tristesa, expressió oral...	demència en la fase lleu-moderada de la malaltia i que resideixin en un centre residencial de llarga estància . Els grups que no es van sotmetre a musicoteràpia també van disminuir els nivells d'agitació, la diferència és que el grup sotmès a musicoteràpia va disminuir en els nivells d'agitació i depressió en les ABVD d'aquests pacients. Aquest fet implica que encara que la depressió i l'ansietat estan estrictament relacionades, la musicoteràpia permet disminuir els dos símptomes que intervenen en la vida diària d'aquests pacients.
C. Tomaino. 1988-1998. (51).	Music on their Minds: A qualitative	Estudi qualitatiu descriptiu	Es van seleccionar 4 residents amb	Els pacients van rebre sessions de 20	Anàlisi de les sessions mitjançant una gravació en vídeo.	Evolució en les àrees d'auto-identitat, la memòria melòdica, la

	Study of the Effects of Using Familiar Music to Stimulate Preserved Memory Function in Persons with Dementia		demència d'Alzheimer a l'atzar.	minuts dos cops per setmana durant 16 sessions. Es van utilitzar cançons populars significatives de quan els pacients tenien entre 20 i 30 anys. Els temes musicals anaven a demanada del pacient.		determinació de la parla, inclòs paraules més apropiades, espontànies respostes físiques (exclamacions, contacte, plors, aplaudiments, somriures, gestos, cants...).
Caring Sciences .2001. (54).	The use of music to decrease agitated behaviour of teh demented elderly: the sate of the sciende	Estudi de revisió	Es van localitzar 7 articles d'investigació a través de les bases de dades informatitzades.	Aquest estudi revisa l'estat de la ciència d'intervencions amb musicoteràpia per disminuir el comportament de l'agitació en les persones d'edat avançada que	Estudi de revisió bibliogràfica	La musicoteràpia és una intervenció útil per ajudar als pacients davant els problemes de conducta. Tot i així, són necessaris estudis amb més rigurositat i amb efectes més fisiològics, psicològics i sociològics de la musicoteràpia sobre els comportaments

				pateixen demència.		de l'agitació en pacients amb demència.
M.Brotons i Martí P. 2003 (55).	Music therapy with Alzheimer's patients and their caregivers <i>Fundació la Caixa.</i> Barcelona.	Estudi pilot	Es van estudiar 14 pacients entre 70 i 80 anys de l'àrea rural de fora de Barcelona amb un probable diagnòstic d'Alzheimer i trastorns relacionats en les primeres fases de la malaltia. També es van estudiar les 14 famílies cuidadores.	Sessions de musicoteràpia per valorar més específicament els seus efectes. Es va repetir la intervenció 2 mesos després d'acabar el projecte.	Les escales de mesura que es van utilitzar en el pre i post test de la intervenció van ser les següents: Escala NPI, the Cohen-Mansfield agitation scale, Memory and Behavior Problems Checklist, Beck's Depression Inventory. A més a més, es va realitzar una enquesta de satisfacció contestada pels cuidadors estudiats.	Els resultats de l'estudi perceben una millora en les àrees socials i emocionals dels pacients després de dur-se a terme la intervenció de musicoteràpia.
Svansdottir HB i Snaedal J. 2006. (52).	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's	Estudi cas-control	Es van estudiar 38 pacients a l'atzar que pacients amb demència d'Alzheimer	Musicoteràpia	L'escala de mesura que es va utilitzar per valorar la intervenció va ser la Behave-AD . Es va veure una reducció significativa en	Reducció significativa de les alteracions de comportament després de realitzar musicoteràpia durant 6

	type		moderada-severa d'un grup de musicoteràpia de dos centres residencials de Reykjavik, Irlanda.		l'ansietat i l'agitació.	setmanes. S'afirma la musicoteràpia com una bona mesura terapèutica per l'ansietat i l'agitació en aquests pacients.
Guetin, S; Portet, F; Picot, M.C, et al. 2009. (50).	Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver <i>Centre de memòria de recerca de Montpellier, França.</i>	Estudi de viabilitat	Una mostra de 5 pacients ambulatoris amb demència d'Alzheimer lleu es van incloure en un programa de musicoteràpia de Montpellier un cop a la setmana durant 10 setmanes.	Sessions individuals de musicoteràpia. Es van utilitzar estils de música clàssica, jazz i música del món adaptat als gustos dels pacient. En tot moment els professionals estaven pendents de les reaccions del pacient amb la finalitat que expressés el que sentia i estimulés les	Avaluació oral amb els pacients. Preguntant com es sentien abans, durant i després de la intervenció. A més a més, es va fer servir l'Escala de Hamilton per l'ansietat, l'Escala de Cornell per la depressió i també es va valorar la sobrecàrrega del cuidador amb l'Escala de Zarit.	Els resultats d'aquest estudi demostren una disminució significativa en l'ansietat, la depressió i l'agressivitat d'aquests pacients. I també, la importància de la musicoteràpia en l'atenció multidisciplinari de la malaltia i els seus síndromes relacionats , el que es considera significativament important per poder reduir la medicació d'aquests pacients.

				funcions cognitives.		
Carme Solé, Melisa Mercadal, Mónica de Castro i Adrián Galati, 2012. (3)	<p>La musicoteràpia s'ha aplicat des d'una varietat d'entorn i perspectives teòriques, sempre amb l'objectiu de millorar o mantenir les habilitats específiques en les diferents fases de la demència.</p> <p><i>Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport. Fundació Alzheimer. Barcelona.</i></p>	Estudi descriptiu.	Persones amb demència lleu-moderada	Tocar instruments musicals, improvisacions activitat de cant, exercicis rítmics i escoltar música	Observació dels pacients.	<p>Manteniment de la salut; contribueix a mantenir la seva pròpia identitat; al desenvolupament de la persona i la millora la seva qualitat de vida.</p>

La metodologia i les tècniques utilitzades en aquesta teràpia dependran de l'objectiu que vulgui aconseguir el professional, de la filosofia de la institució o centre residencial en que es desenvolupi l'activitat i, de les condicions físiques, psíquiques i emocionals de les persones que participen en la intervenció.

S'intentarà crear un ambient òptim i segur perquè aquests pacients puguin canalitzar els estats de depressió, ansietat i agitació:

Algunes de les tècniques terapèutiques de la musicoteràpia són (3):

- ❖ CANT
- ❖ TOCAR INSTRUMENTS I IMPROVITZAR
- ❖ BALLAR
- ❖ ESCOLTAR MÚSICA
- ❖ ACTIVITATS RÍTMQUES

El temps de les sessions pot ser flexible. Una estimació orientativa pot ser de 50 minuts amb sessions de grups i 30 minuts per sessions individuals. Dependrà de l'organització del centre residencial i del professional que imparteixi la intervenció. S'ha comprovat que han de ser sessions continuades i fins a dos anys de duració perquè faci efecte (56).

2.3.2 Justificació de la intervenció:

La musicoteràpia, tal i com s'ha descrit en l'apartat anterior, és una tècnica que permet conèixer a la persona a nivell bio-psico-social i treballar els trastorns de conducta des de l'àrea socioemocional de la persona. Els estudis anomenats anteriorment demostren la seva eficàcia des del segle XVIII en la disminució dels trastorns de conducta com la depressió, l'ansietat i l'agitació en els pacients amb demència d'Alzheimer. A més a més, fan referència la importància d'aquesta teràpia en pacients amb demència d'Alzheimer, així com la necessitat d'invertir en més estudis d'investigació sobre aquesta teràpia per tal de poder millorar la qualitat de vida dels pacients amb demència d'Alzheimer Institucionalitzats.

3. DISSENY DE LA INTERVENCIÓ :

- ✓ **La musicoteràpia per disminuir la depressió, l'ansietat i l'agitació en pacients amb deteriorament cognitiu lleu.**

Després de contrastar les diferents teràpies no farmacològiques, la millor intervenció terapèutica que ha demostrat científicament ser eficaç i donar resultats en la seva aplicació en pacients amb demència d'Alzheimer que pateixen trastorns conductuals, és la musicoteràpia.

Per tal de dur a terme aquesta intervenció es plantegen els següents objectius:

3.1 Objectius de la intervenció:

3.1.1 Objectiu general:

- Disminuir els nivells de depressió, ansietat i agitació de les persones institucionalitzades que pateixen deteriorament cognitiu lleu mitjançant una intervenció de musicoteràpia continuada durant el procés de la malaltia.

3.1.2 Objectius específics:

- Descriure la prevalença de les persones institucionalitzades amb deteriorament cognitiu lleu que presenten depressió, ansietat i agitació.
- Identificar els factors de risc que influeixen en l'aparició dels trastorns conductuals de les persones amb demència d'Alzheimer.

Els objectius que es volen aconseguir amb la musicoteràpia és activar el record dels esdeveniments que ha viscut la persona i fer-los tenir una visió positiva de la vida, ja que en alguns moments de la malaltia pot haver decaigut. Se sap que les habilitats musicals se conserven en les persones amb demència d'Alzheimer, tot i patir deteriorament en la memòria cada vegada més accentuat. Aquesta és motivació per estimular a la persona al mateix moment que la teràpia els proporciona equilibri. La música es pot convertir en un suport important per expressar l'afectació de la seva malaltia a la seva vida diària. Els professionals han de compartir la música amb aquestes persones per ajudar-los a recordar la seva identitat com a persona (56).

Durant el procés de relaxació de la musicoteràpia es pot utilitzar un tipus de música que transmeti les ones Alfa. La música que ens agrada augmenta la producció

general d'ones cerebrals alfa, que estan associades a la relaxació (57). Les ones alfa que desprèn la música hi són presents al cervell durant l'estat de relaxació profunda, augmenten la seva intensitat i freqüència. Aquest estat de relaxació que s'aconsegueix amb la musicoteràpia és el resultat de concentrar l'atenció en una sola cosa {{357 Trallero Flix, C. 2004}}.

(58)Aquesta teràpia treballa activant les conductes musicals que tenen un alt component d'espontaneïtat. Per aquest motiu, en primer lloc, abans de començar la intervenció de musicoteràpia, el professional realitzarà una avaluació pre-test als pacients, mitjançant les escales nombrades en l'apartat 2.2.5 del treball. El pre-test ens permetrà valorar en quin grau de depressió, ansietat i agitació està el pacient abans de començar la sessió de musicoteràpia. En aquesta avaluació s'aplicaran les escales de mesura que després s'utilitzaran per fer l'avaluació de la intervenció:

- L'Escala de **BEHAVE-AD** o **NPI-Q** (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) (36,59)
- L'escala de **Hamilton Depression Rating Scale** (HDRS) (43)
- Geriatric Depression Scale de Yesavage o Escala **Global del Coneixement (GDS)** (Yesavage et al, 1983. Versión traducida y validada al castellano, Martínez de la Iglesia et al, 2002)
- L'escala de **Golberg** o de **Taylor** (17)
- **The Music Therapy Assessment Tool** (MTAT) (53)

CRONOGRAMA MENSUAL DE LA INTERVENCIÓ DE MUSICOTERÀPIA				
Cada dilluns SESSIÓ I	Cada dimarts SESSIÓ II	Cada dimecres SESSIÓ III	Cada dijous SESSIÓ IV	Cada divendres SESSIÓ V
El Cant 	Tocar instruments i improvisació 	Ballar 	Escoltar música 	Activitat rítmica 

A continuació s'explica la planificació de cada sessió de la intervenció de musicoteràpia: *el cant, tocar instruments i interpretació musical, ballar, activitat rítmica i escoltar música*. Aquestes són les 5 tècniques de musicoteràpia planificades per dur-les a terme setmanalment, durant tot l'en un Centre Residencial i aplicables als pacients amb demència d'Alzheimer que pateixen depressió, ansietat i agitació en la fase lleu de la malaltia. En aquesta fase els pacients poden presentar alteracions conductuals imprevistes i són condicionades pels factors psicològics i ambientals. Per aquest motiu, amb la musicoteràpia es vol aconseguir treballar l'entorn emocional i cognitiu del pacient perquè tingui una millor qualitat de vida.



EL CANT

Sessió I

Perfil del pacient	Pacients amb demència tipus Alzheimer fase lleu amb trastorns depressius, d'ansietat i d'agitació. Grup de 10 persones.
Freqüència	Cada dilluns
Duració	70 minuts
Objectiu	<ul style="list-style-type: none">• Treballar la reminiscència i la orientació a la realitat• Ajudar a disminuir els nivells d'estrès i ansietat, mitjançant l'expressió de sentiments a través del cant• Millorar la conducta social i la inhibició, que comporti un control de l'agitació d'aquests pacients i una millor socialització amb els companys de la Residència (53,60)
Material	Cadires còmodes per poder seure en rotllana, un aparell de música i el CD amb la cançó que es treballarà a la sessió.
Espai	Sala polivalent d'un Centre Residencial. Ha d'estar condicionada amb bona acústica, sense que ressoni el so, confortable i, si pot ser, que el terra sigui de fusta per insonoritzar i treballar millor.
Metodologia	I PART:

- La sessió de cant s'iniciarà reunint tots els pacients amb Alzheimer de fase lleu a la sala polivalent del Centre Residencial. Un cop units a la sala se'ls demanarà que segueixin a les cadires per conèixer-nos.
- En segon lloc es dona la benvinguda a tots els pacients i se'ls explica que realitzaran una sessió de música per treballar la veu i la memòria (5 minuts).
- El terapeuta que guia la sessió ha d'explicar als pacients que per conèixer-se entre tots, començaran repetint el nom i l'edat de cada persona de la sala amb l'entonació musical que marqui el professional sanitari (5 minuts).
- El terapeuta preguntarà el nom a la persona de la seva dreta i el repetirà cantant. Després demanarà que ho facin tots a l'hora i així successivament (20 minuts).
 - Hola em dic _____ i tinc _____ anys (repetint en veu alta i amb entonació musical).

**Aquesta primera tècnica permet trencar el gel i començar la sessió amb els pacients.*

En el cas que el grup sigui molt nombrós es pot retallar aquesta primera activitat i començar directament amb la segona part de la sessió.

II PART

- El professional que condueix la sessió procedeix a fer unes preguntes d'orientació:
 - Quin mes som?
 - Quin any som?
 - En quina època de l'any som?

- A partir de l'última pregunta: *En quina època de l'any som?*, el professional preguntarà si coneixen alguna cançó típica d'aquella època de l'any. Si és així, s'ho anotarà per cantar-les més endavant. El professional ha d'estimular que els pacients participin i col·laborin amb el taller (10 minuts).
 - Finalment, s'explica als pacients que hi ha una cançó típica d'aquesta època i que durant aquestes sessions la cantaran fins que se l'aprenguin. Durant 3 mesos es treballa la mateixa cançó a cada sessió. Aquesta activitat els ajuda a fer memòria de les cançons referents a les celebracions i festius d'aquella estació de l'any (10 minuts).
 - Per començar a interioritzar i a familiaritzar-se amb la cançó el professional posa un CD a l'aparell de música perquè escoltin quina cançó és. Quan s'acabi es provoca un petit debat sobre el nom de la cançó. A continuació, el professional repeteix la primera frase de la cançó i demana al grup que repeteixin el mateix. Com que és només a la primera sessió no és necessari forçar-los, s'intenta que repeteixin seguint, almenys, la primera estrofa. Es segueix el mètode escoltar i repetir (10 minuts).
- *Si els pacients es perden amb la lletra de la cançó el professional entonarà la melodia per ajudar-lo.*
- Per acabar la sessió, se'ls dona les gràcies per haver col·laborat amb l'activitat i se'ls demana que memoritzin els noms i la lletra de la cançó que han après durant la sessió, ja que cada setmana tindran sessions musicals (10 minuts).



TOCAR INSTRUMENTS TERAPÈUTICAMENT, IMPROVISACIÓ INSTRUMENTAL

Sessió II

Perfil del pacient	Pacients amb demència tipus Alzheimer fase lleu amb pics depressius, d'ansietat i d'agitació Grup de 10 persones
Freqüència	Cada dimarts
Duració	50 minuts
Objectiu	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolupar l'habilitat rítmica per potenciar les funcions motrius i la seguretat en si mateix.• Ajudar a expressar el que senten mitjançant la improvisació musical és important per millorar el seu estat d'ànim. (3,53,60)
Material	Cadires còmodes per poder seure en rotllana, instruments fàcils de manegar per tal de promoure el moviment, que els permetrà mantenir una independència i autonomia que activen l'autoconsciència i promou la comunicació i la interrelació entre les persones del grup; també han de ser instruments relaxants per treballar els sentiments dels pacients, reforçant i motivant-los a l'exploració sensorial, perquè puguin expressar el que senten. Seria convenient que els instruments tinguessin una bona qualitat perquè el plaer sensorial i estètic d'un instrument contribueix a mantenir la concentració i motivació en l'activitat.

	Instruments: <i>xilòfon, pandereta, triangle, piano petit, bastons de pluja i tambors.</i>
Espai	Sala polivalent d'un Centre Residencial. Ha d'estar condicionada amb bona acústica, sense que ressoni el so, confortable i, si pot ser que el terra sigui de fusta per insonoritzar i treballar millor. Ha de ser espaiosa per poder ubicar els instruments sense dificultar la mobilitat per l'espai.
Metodologia	<p>I PART:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sessió de tocar instruments s'iniciarà reunint tots els pacients amb Alzheimer de fase lleu a la sala polivalent del Centre Residencial. Un cop units a la sala se'ls demanarà que seguin a les cadires que hi haurà col·locades en rotllana, prèviament. • En segon lloc es dona la benvinguda a tots els pacients i se'ls explica que aquesta sessió tocaran amb instruments musicals. S'ha d'intentar fer participants als pacients de l'activitat i, per això és bo preguntar si algun d'ells coneix ja els instruments que mostra el professional o si han tocat mai algun instrument. D'aquesta manera, es pot donar peu a que els pacients expliquin la seva relació amb la música i expressin els seus sentiments. <i>(10 minuts).</i> • El professional comença mostrant els instruments que té preparats. A continuació, reparteix un instrument a cadascú dels membres de la sala i ordena a la persona situada a la seva dreta que mostri l'instrument als seus companys de grup. El professional intervé repetint el nom de l'instrument amb veu alta i explica les característiques i la sonoritat de cada instrument. Continuarà la mateixa activitat fins que tots hagin mostrat i tocat el seu instrument en públic <i>(15 minuts).</i>

II PART:

- Se'ls demana que tots a l'hora marquin amb l'instrument el ritme que el professional indica amb les mans. Així successivament i variant els ritmes *(5 minuts)*.
- Se'ls explica que de vegades la música surt de dins i cadascú pot tocar el que vulgui amb l'instrument. Se'ls proposa jugar a la pregunta-resposta, és a dir, a fer diàlegs musicals amb instruments de percussió. El professional marcarà un ritme (pregunta) i el pacient de la seva dreta haurà de contestar amb el ritme que ell vulgui i així amb cadascun dels pacients asseguts a la rotllana. Aquesta activitat ajuda a treballar la memòria, l'atenció i la coordinació *(15 minuts)*.
- El professional indicarà a una persona de la rotllana que comenci un ritme i digui el nom d'una altra persona del grup, la qual haurà de respondre amb un altre ritme. Així successivament *(10 minuts)*
- Per últim, es tanca la sessió fent un repàs de tots els noms dels instruments *(5 minuts)*.



EL BALL

Sessió III

Perfil del pacient	Pacients amb demència tipus Alzheimer fase lleu amb pics depressius, d'ansietat i agitació Grup de 10 persones
Indicacions	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a conèixer-se a un mateix • Projectar sentiments
Freqüència	Cada dimecres
Duració	45 minuts
Objectiu	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir els nivells d'estrès dels pacients, mitjançant el contacte físic i l'expressió corporal • Millorar l'estat d'ànim i la reminiscència amb cançons conegudes pels pacients (56,60)
Material	Aparell de música, cançons de l'època que els pacients eren joves, cadires i instruments de percussió
Espai	Sala polivalent d'un Centre Residencial. Ha d'estar condicionada amb bona acústica, sense que ressoni el so, confortable i, en aquest cas, que el terra sigui de rajola perquè no rellisquin els pacients. Ha de ser espaiosa perquè es puguin moure per la sala

Metodologia

I PART:

- La sessió de ball s'iniciarà reunint tots els pacients amb Alzheimer de fase lleu a la sala polivalent del Centre Residencial. Un cop reunits a la sala els ajudarà a fer una rotllana. Aquelles persones que la seva capacitat física no els permeti estar de peu seuran a una cadira, integrant-se també a la rotllana. Aquests col·laboraran amb l'activitat, acompanyant la música amb els instruments de percussió.
- En segon lloc es dona la benvinguda a tots els pacients i se'ls explica que en aquesta 3a sessió treballaran l'activitat del cos a través del ball. Els ajudarà a estar més relaxats i passar una bona estona. Se'ls ha d'explicar que moure's al ritme de la música fa que expressem sentiments i emocions que portem dins. El professional els preguntarà:
 - *Com se senten avui?*Iniciaran una ronda de paraules perquè tothom expliqui com se sent. A continuació els explicarà que sonarà una cançó i hauran de pensar si saben quin nom té i si els recorda a alguna cosa. D'aquesta manera, se'ls posa en situació i se'ls orienta (15 minuts).
- El professional els organitza per parelles i els distribueix per la sala perquè cadascuna tingui el seu espai. Demanarà que ballin amb parella al ritme de la música. Seria convenient que el professional també participés en l'activitat per reconduir-la des de dins. El professional els ha d'explicar que durant el ball poden rebre indicacions i hauran de seguir-les, com per exemple: *ordenar que canviïn de parella*. Llavors hauran de parar de ballar i anar a

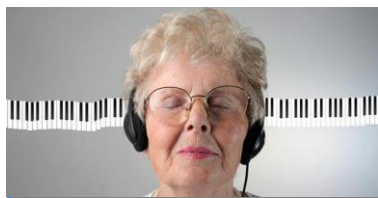
buscar una altra persona de la sala i continuar ballant i quan s'acabi la música s'hauran de quedar quiets (15 minuts).

**Les persones que estiguin assegudes a les cadires tindran un instrument de percussió a les mans i se'ls demanarà que toquin segons sentin la música.*

- Quan acabi la cançó, el professional demanarà que facin una rotllana de peu i compartiran en veu alta (15 minuts):
 - Com es senten després de ballar?
 - Si ha notat diferència del seu estat d'ànim abans i després de començar al sessió?

Iniciaran un torn de paraula perquè cadascú expressi el que sent. El professional ha d'incitar a que parlin i col·laborin.

**Es pot repetir varies vegades amb altres cançons.*



ESCOLTAR MÚSICA

Sessió IV

Perfil del pacient

Pacients amb demència tipus Alzheimer fase lleu amb pics depressius, d'ansietat i agitació

Grup de 10 persones

Freqüència

Cada dijous

Duració	50 minuts
Objectiu	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolupar l'escolta dins d'un context sonor i musical perquè els pacients manifestin les emocions tal com són. És important pel desenvolupament personal i social.• Mantenir un ambient relaxant i disminuir els nivells d'estrès dels pacients• Treballar la reminiscència amb cançons conegudes pels pacients• Escoltar cançons per millorar l'estat d'ànim dels pacients (53,60)
Material	Aparell de música, cançons de l'època que els pacients escoltaven quan eren joves i cadires
Espai	Sala polivalent d'un Centre Residencial. Ha d'estar condicionada amb bona acústica, sense que ressoni el so, confortable i, si pot ser que el terra sigui de fusta per insonoritzar i treballar millor. Ha de ser espaiosa per poder fer una rotllana amb les cadires
Metodologia	<p>I PART:</p> <ul style="list-style-type: none">• La sessió d'escoltar música s'iniciarà reunint tots els pacients amb Alzheimer de fase lleu a la sala polivalent del Centre Residencial. Un cop units a la sala els explicarà que hauran de seure a les cadires de la sala.• En segon lloc es dona la benvinguda a tots els pacients i se'ls explica que en aquesta penúltima sessió treballaran l'oïda. El professional, un dia abans haurà conversat amb els pacients de la sessió i els haurà preguntat si recorden el nom d'alguna cançó. Aquest se les anotarà per poder-les treballar el dia de la sessió.

- El professional ha de transmetre tranquil·litat i ha de mantenir un ambient sense soroll per poder escoltar bé la música i que els pacients se sentin còmodes i poc a poc entrin dins de la música.
- S'utilitzaran cançons sense lletra, només amb melodia. A més a més, és preferible que dins de la melodia, no intervinguin molts instruments, si és així els instruments més agraïts són la flauta i els instruments de percussió (51) .

Les cançons també han de ser amb un tempo lent-moderat, que sonin a un ritme constant i que no facin grans canvis ni sostinguin llargues melodies. Quan la música sona repetitivament els pacients se senten familiaritzats i els fa estar més conscients i orientats. Els temps molt lents agreugen l'estat d'ansietat (51).

- El professional posarà les cançons i en veu alta comentaran el títol i parlaran del que senten quan l'escolten i a què els recorda. Aquesta activitat anirà acompanyada d'un altra, com pot ser, pintar, dibuixar, jugar a algun joc de taula, conversar sobre algun tema i fer-ne debat, etc. (50 minuts)



ACTIVITATS RÍTMQUES

Sessió V

Perfil del pacient	Pacients amb demència tipus Alzheimer fase lleu amb pics depressius, d'ansietat i agitació Grup de 10 persones
Freqüència	Cada divendres
Duració	60 minuts
Objectiu	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolupar l'habilitat rítmica per potenciar les funcions motrius i la seguretat en si mateix.• Ajudar a expressar el que senten mitjançant la improvisació musical és important per millorar el seu estat d'ànim. (3,53,60)(3)
Material	Instruments de percussió adaptats a les seves habilitats
Espai	Sala polivalent d'un Centre Residencial. Ha d'estar condicionada amb bona acústica, sense que ressoni el so, confortable i, si pot ser que el terra sigui de fusta per insonoritzar i treballar millor. Ha de ser espaiosa per poder fer una rotllana amb les cadires.
Metodologia	I PART: <ul style="list-style-type: none">• La sessió d'activitat rítmica s'iniciarà reunint tots els pacients amb Alzheimer de fase lleu a la

sala polivalent del Centre Residencial. Un cop reunits a la sala els explicarà que hauran de seure a les cadires de la sala.

- En segon lloc es dóna la benvinguda a tots els pacients i se'ls explica que en aquesta última sessió de la setmana treballaran amb ritmes a través dels instruments.
- El professional organitzarà les cadires per la sala, formant dues rotllanes. Els participants seuran per grups i se'ls repartirà un instrument de percussió a cadascú dels participants. Aquests hauran de memoritzar el nom de l'instrument (10 minuts).
- El professional sanitari explicarà que el fet de treballar amb 2 grups més reduïts permetrà que puguin interactuar millor entre els uns i els altres. Atorgarà un número a cadascun dels membres del grup i començarà indicant un ritme i hauran de repetir-lo tots els membres del grup, un després de l'altre (10 minuts).
- Quan acabin de repetir el primer ritme, el membre del grup que tingui el número 1, iniciarà un altre ritme i la resta de membres del grup hauran de repetir-lo. Així contínuament fins que tots els membres s'hagin inventat un ritme (10 minuts).

**Si els membres del grup es perden i no segueixen el ritme o se'n obliden, no passa res, se'ls ajuda a reconduir la situació.*

- El professional sanitari té la funció d'anar supervisant que es segueixin les pautes establertes i es respectin els uns als altres, deixant temps perquè tots puguin expressar el ritme amb el temps que necessitin i ajudar a aquelles persones que els faci vergonya inventar un ritme.

II PART:

- L'objectiu és que després de practicar uns quants ritmes puguin fer un ritme entre tots. El professional sanitari organitzarà una rotllana general amb els dos grups i seuran ordenats de l'1 al 10, segons el número que els correspongui. El professional atorgarà un ritme diferent a cada número. Per exemple:
 - *El ritme de la persona que té número 1 serà picar dues vegades seguides amb les mans i dues al tambor.*Se'ls explicarà que quan el professional cridi el número 1, aquesta persona tocarà aquell ritme i així successivament segons els número que vagi cridant el professional. D'aquesta manera, es vol aconseguir que els participants memoritzin i identifiquin el seu ritme per poder fer un conjunt de ritmes (15 minuts).
- S'acabarà la sessió fent sonar tots els ritmes, un després de l'altre, des del número 1 fins al número 10. El professional sanitari s'ha de preocupar d'indicar a cada persona del grup, quan és el moment de començar cada ritme (15 minuts).

3.2Avaluació de la intervenció:

Qualsevol intervenció passa per un procés d'avaluació que permet analitzar, valorar l'efectivitat de la tècnica i comprovar que s'hagin complert els objectius de la intervenció. En aquest cas, avaluarem la intervenció de musicoteràpia en pacients amb demència que pateixen trastorns de conducta com la depressió, l'ansietat i l'agitació.

La musicoteràpia s'avalua des de l'activitat espontània de les sessions. D'aquesta manera, s'obté una informació més real de les competències i de les limitacions dels pacients que han participat en l'activitat i permet fer una bona avaluació psicològica, és a dir, un estudi científic del comportament humà amb l'objectiu de descriure, classificar, predir i, en aquest cas, explicar i controlar aquesta conducta (53). Les sessions de musicoteràpia dins dels contextos institucionals o centres residencials, són idònies per l'avaluació, ja que les persones que hi participen ho fan amb coneixement, van a una activitat motivadora i personalitzada, que preserva la intimitat afectiva de les seves vivències (53).

Pelechano (53), comenta que l'objectiu final de l'avaluació és oferir una descripció detallada dels resultats de la intervenció per poder establir recomanacions i plans d'intervenció més clars i eficaços. Per aquest motiu, recomana una avaluació directa, partint de tres fases:

1. Delimitació del problema
2. Recollida de la informació
3. Integració sistematitzada de la informació recollida

Aquestes tres fases han d'anar acompanyades dels instruments de mesura. Per avaluar la musicoteràpia en els patrons de conducta de les persones amb demència d'Alzheimer existeix l'escala *The Music Therapy Assessment Tool* (MTAT).

Actualment hi ha pocs instruments d'avaluació de la musicoteràpia en persones amb demència que siguin espanyols, un d'ells és el Mercadal-Brotons (2008). Dins del nostre context, el sistema de mesura més actual per avaluar la musicoteràpia és *Sistema de Evaluación Musicoteapéutico para Personas con Alzheimer y otras Demencias* (SEMPA) (53). Una de les debilitats de la musicoteràpia com a disciplina

científica a Espanya són les escasses eines per avaluar la teràpia amb persones amb malaltia d'Alzheimer. Per aquest motiu, SEMPA es va crear amb l'objectiu de facilitar i homogeneïtzar l'avaluació de les sessions de musicoteràpia i permetre establir un perfil individual de cada persona per poder marcar uns objectius d'intervenció que atenguin a les necessitats de cada pacient. Aquest sistema valora amb els següents ítems els diferents apartats i àrees en que influeix la musicoteràpia:

- **Sí, sempre:** Es considera aquesta resposta quan es valora que habitualment la persona té disposició i expressa la capacitat referida a la pregunta que s'avalua.
- **A vegades:** Es considera aquesta resposta quan es valora que de vegades la persona té disponibilitat i expressa la capacitat referida a la pregunta que s'avalua però que aquesta capacitat no és habitual i que, per tant, no està consolidada.
- **No:** Es considera aquesta resposta quan es valora que habitualment la persona avaluada no té disponible ni expressa la capacitat referida a la pregunta.

Cada ítem queda subdividit per dos conceptes: CM (Con medicación) i SM (sin medicación).

El SEMPA avalua cada àrea del pacient (psicomotriu, cognitiva, comunicació i llenguatge i la soci-emocional). Tot i que aquestes estan interrelacionades, cada ítem valora l'àrea que se li assigna. La interdependència entre les àrees no impedeix que cada àrea es pugui avaluar independentment. Aquest mètode busca un equilibri entre els mètodes principals dels ítems: la observació conductual i contextual i la deducció (53) (**Annex 7**).

El sistema d'avaluació SEMPA també ha volgut tenir en compte les conductes espontànies dels pacients amb demència d'Alzheimer, ja que la major part dels sistemes d'avaluació parteixen de tests o qüestionaris que ja estan establerts, el que comporta que si la resposta del pacient en el moment de l'avaluació no és correcta,

es faci difícil saber si és per la falta de comprensió d'aquest pacient, és a dir, perquè no està motivat amb l'activitat o perquè el context de la intervenció no ha sigut l'adequat. D'altra banda, aquests pacients, a mesura que van avançant amb la malaltia tenen més dificultat per contestar les avaluacions per qüestionari i per algunes persones amb demència d'Alzheimer pot convertir-se en una situació angoixant, especialment en les fases inicials de la malaltia, que encara són conscients de les pèrdues de memòria i de les capacitats mentals en general. En molts moments, aquestes persones manifesten un comportament que anteriorment no havien manifestat. Es veuen influïdes per diferents factors que condicionen a la malaltia i fan sentir molt més insegura a la persona, el que impedeix que no tingui un autocontrol sobre si mateixa.

El SEMPA es dur a terme mitjançant l'observació de les conductes espontànies dels pacients amb demència d'Alzheimer durant les sessions de musicoteràpia. És un sistema d'avaluació obert, amb un llenguatge tècnic, clar i concís per poder revisar de forma continuada el comportament dels participants en les sessions. Mitjançant aquest sistema d'avaluació el pacient no s'examina comparativament amb la resta de persones del grup del context institucional, és a dir, el pacient es referent d'ell mateix i pot ser comparatiu amb ell mateix. El professional ha d'observar i registrar els canvis de conducta adaptativa que es produeixen en cada pacient durant totes les sessions de musicoteràpia. Es consideren conductes significatives aquelles en que la persona manifesta tenir més d'una competència en una o més d'una de les seves àrees de desenvolupament (àrea sensitiva, àrea físico-motriu, àrea cognitiva i àrea del comportament) (53).

L'avaluació ha de ser continuada, es pot realitzar en diferents moments del tractament (cada setmana, cada mes, cada 3 mesos, etc.). S'aconsella que es faci al final de cada sessió omplint cada ítem de l'avaluació. També pot aplicar-se en cada àrea per separat i, inclòs demanar opinió a altres professionals perquè col·laborin amb l'estat d'evolució durant el tractament amb musicoteràpia. Aquesta intervenció no pot finalitzar mai, encara que els pacients hagin complert els objectius marcats, ja que inevitablement, segueixen tenint necessitats permanents d'estimulació i recolzament socio-emocional. Finalitzarà la sessió en els cassos que els pacients no els funcioni la teràpia o no hi estiguin a gust (53).

Les escales d'avaluació que es fan servir per analitzar la depressió, l'ansietat i l'agitació dels pacients amb demència d'Alzheimer després de la intervenció de musicoteràpia són (17):

1. Per valorar la depressió: **l'escala de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)**.
2. Per valorar l'ansietat: **l'escala de Hamilton, l'escala de Golberg o l'escala de Taylor**. L'escala de Golberg, conté dues subescales que valoren l'ansietat i la depressió.
3. I, pel que fa a l'agitació s'avalua amb les **subescales de l'escala NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)**, ja que avaluen l'agressivitat física i verbal i les alteracions de l'activitat general (acumulació, deambulació, desinhibició i entre altres).

4. METODOLOGIA:

4.1 Estratègia de la cerca (paraules claus, AND, OR...):

Durant la realització d'aquest treball he tingut dificultat per trobar dades epidemiològiques, ja que el que buscava era massa concret i, moltes vegades els resultats eren limitats o inexistents. Per tal de començar el treball basant-me amb la magnitud del problema de salut que volia desenvolupar, necessitava fonamentar-ho amb dades epidemiològiques. Per aquest motiu, la meua cerca es va centrar en **demència/demencia** com a paraula clau i aplicant l'estratègia de cerca: **epidemiologia/epidemiología AND demència/demencia**. A partir d'aquí vaig haver de seleccionar els articles que se centraven en estudis epidemiològics sobre la freqüència de les malalties degeneratives.

D'altra banda, a l'hora de cercar informació en l'apartat de *La Demència*, sobre els tipus de demència i la classificació d'aquestes, la cerca va ser més difícil perquè dins dels resultats hi havia diferents opinions i calia contrastar la més actual i més concreta pel meu treball. No necessitava una classificació molt extensa, volia mostrar només els diferents tipus de demència i la comparació epidemiològica entre aquestes per justificar la importància de les patologies degeneratives i, en concret la demència tipus Alzheimer, per tal de poder justificar el per què del desenvolupament

del meu treball. La paraula **demencia** ha sigut la paraula clau per aquesta cerca i l'estratègia de cerca l'he basat en: **tipología AND demencias, clasificación AND demencias**. Quan vaig començar a trobar resultats de la cerca, vaig començar de nou i vaig centrar-la en cada tipus de demència: **epidemiología AND demencia vascular, epidemiología AND Alzheimer, epidemiología AND demencia de Lawys**. També ho vaig alternar amb l'estratègia de cerca: **demencia vascular OR demencia Alzheimer**, etc. Per tal de comparar-les entre elles. Dins dels resultats vaig corroborar que la demència tipus Alzheimer era la més freqüent i, per aquest motiu, la informació genèrica del treball estarà relacionada amb aquest tipus de demència. A mesura que anava cercant informació sobre la tipologia de les demències vaig trobar la clínica i la simptomatologia de caràcter general.

En segon lloc, per redactar l'apartat dels factors de risc relacionats amb la demència vaig utilitzar l'estratègia de cerca: **factores de riesgo AND demencia**. No va ser una recerca fàcil i vaig haver d'acotar amb una altra estratègia: **epidemiología AND factores de riesgo demencia**.

Pel que fa a l'apartat de les complicacions de la demència és el que em va suposar una cerca més complicada, ja que no trobava informació concreta de complicacions de la demència, sinó que a través d'altres cerques com ara **incapacitació/incapacitación AND demència, cost econòmic/coste económico AND demència, cost econòmic AND institucionalització, institucionalització AND trastorns conductuals, risc d'hospitalització AND demència**, podia relacionar conceptes i extreure'n conclusions per redactar les complicacions.

Per últim, el tractament farmacològic i no farmacològic de la demència de tipus Alzheimer va ser una cerca fàcil, ja que són temes molt actuals. L'estratègia de cerca era **tractament farmacològic/tratamiento farmacológico AND demència/demencia i tractament no farmacològic/tratamiento no farmacológico AND demència/demencia**. El tractament no farmacològic és molt genèric, ja que existeixen pocs estudis que demostrin la seva eficàcia.

La segona part del marc teòric se centra amb els trastorns de conducta dels pacients amb demència tipus Alzheimer. **Trastorns de conducta o síntomas conductuales** ha sigut la paraula clau i l'estratègia de cerca ha anat variant segons cada apartat.

Començant per la definició, classificació i els símptomes conductuals he de dir que va ser una recerca complexa, ja que trobava un excés d'informació i calia seleccionar la més adequada i concreta. L'estratègia de cerca la vaig centrar en: **clasificación AND síntomas conductuales AND demencia**. A partir d'aquí vaig anar acotant segons cada apartat i variant l'estratègia de cerca com per exemple, per trobar la prevalença: **prevalencia AND síntomas conductuales** o **prevalence of dementia**. D'altra banda, per cercar els instruments de mesura: **valoración AND trastornos conductuales demencia** o **instrumentos de medida AND síntomas conductuales AND demencia**.

En segon lloc, vaig centrar la cerca del treball en els apartats del tractament farmacològic dels trastorns de conducta i del tractament no farmacològic. Aquest segon apartat és el que està relacionat amb la intervenció d'infermeria i, per tant, la recerca va haver de ser ben acurada per poder fer una bona justificació i planificar una bona intervenció. L'estratègia de cerca va ser: **tratamiento no farmacológico AND demencia** i, a mesura que anava trobant resultats vaig poder acotar la cerca utilitzant els ítems següents: **musicoterapia AND trastornos de conducta**, **musicoterapia AND depresión**, **musicoterapia AND ansiedad**, **musicoterapia AND agitación**. Les paraules claus van ser: **demencias**, **musicoterapia**, **tratamiento psicosocial** i **calidad de vida**. I, així, contínuament amb cada resultat teràpia terapèutica, per tal de trobar evidència científica sobre cada teràpia. Aquesta cerca va ser insuficient i vaig haver d'incidir en la recerca bibliogràfica basada en l'evidència per poder justificar la disminució de la depressió, l'ansietat i l'agitació en els pacients amb demència d'Alzheimer. Per aquest motiu, vaig haver de fer la recerca en anglès, utilitzant com a estratègia de cerca: **music therapy AND dementia**; **music therapy AND depression AND dementia**; i així successivament amb tots els símptomes. La cerca va resultar molt efectiva i vaig poder consultar varis estudis. Les paraules claus van ser: **music therapy**, **agitated behaviour**, **demented elderly**, **anxiety and depression with dementia**.

En la recerca de la musicoteràpia també vaig haver de buscar la justificació de la teràpia com a intervenció d'infermeria. Va ser una recerca bibliogràfica complicada. L'estratègia de cerca que vaig utilitzar va ser: **intervención AND enfermería AND musicoterapia**; **music therapy AND enfermería AND dementia**. Les paraules claus van ser: **enfermería**, **intervención**, **personal de enfermería**, **music**, **dementia**.

4.2 Població diana:

Aquest treball està orientat a la població amb demència institucionalitzada en centres residencials, que presenten trastorns conductuals com la depressió, l'ansietat i l'agitació en la fase lleu de la demència d'Alzheimer, degut a que aquests símptomes són més evidents en aquesta fase.

4.3 Bases de dades:

La documentació d'aquest treball està extreta de les bases de dades: Medline, Pubmed i Google Académico. Aquestes m'han permès fer una cerca més acurada de la informació i aplicar els filtres necessaris per fer la recerca més específica.

4.4 Preguntes relacionades amb la intervenció:

Per què les persones amb demència tenen trastorns conductuals? Com disminuir la depressió, l'agitació i l'ansietat de les persones amb demència de tipus Alzheimer? Quina és la millor intervenció?.

5. DISCUSSIÓ:

La intervenció d'infermeria basada en la musicoteràpia per disminuir la depressió, l'ansietat i l'agitació dels pacients amb demència d'Alzheimer en fase lleu és una teràpia beneficiosa i efectiva (Center Light Health System. 2013; Guetin, S. 2009; Salas Pino, L. 2004; Brotons, M. 2003; Meei-Fang, Lou. 2001; Suparna, M et al. 2008; Solé, C. 2001). La metodologia d'aquesta teràpia treballa amb els sentiments, desperta les emocions i causa respostes psicològiques al cos i a la ment. Aquesta teràpia presta l'atenció a les variables socioemocionals i conductuals de les persones amb malaltia d'Alzheimer per tractar els símptomes conductuals i psicològics de la demència (Mateos Hernández, L.A. 2012). Per aquest motiu, s'evidencia la seva efectivitat en augmentar les habilitats socioemocionals dels pacients amb demència d'Alzheimer (Brotons, M. 2003).

És una teràpia que es tracta des del punt de vista multidisciplinari, és a dir, entén a la persona des d'una visió holística, incidint en les diferents àrees de l'ésser humà i en totes les fases de la demència. La intervenció d'aquest treball contempla només com a població diana, els pacients amb demència d'Alzheimer en fase lleu de la

malaltia perquè és la fase on els trastorns conductuals de depressió, ansietat i agitació són més evidents (Olazarán, J. 2001).

La musicoteràpia pot dur-se a terme correctament utilitzant pocs recursos i no requereix cap cost econòmic afegit als pacients d'un Centre Residencial.

D'altra banda, en l'aplicació d'aquesta intervenció en aquesta tipologia de pacients, s'ha demostrat que existeixen limitacions. La musicoteràpia ha de ser una tècnica complementària al tractament farmacològic. En el moment de la intervenció s'ha de tenir en compte el tractament mèdic que segueixen els pacients per tal de saber com reaccionaran a l'activitat i posteriorment avaluar-ho. Aquest fet contempla que no sempre és possible aplicar aquesta teràpia als Centres Residencials, degut a la poca formació dels professionals al respecte (Mateos Hernández, L.A et al. 2012) Una altra de les limitacions que contempla el SEMPA és la dificultat per avaluar els processos o actituds espontànies de les sessions de musicoteràpia. Aquestes actituds, són importants de tenir en compte per la seva autenticitat i poder activar un procés de salut socioemocional. Mitjançant la implantació de SEMPA, s'espera poder registrar de tal manera que es contempli el registre d'aquests processos i, en aquest cas, la reducció d'escala de valoració i la unificació de criteris de valoració per aquesta intervenció.

Com a proposta de millora, contemplaria la possibilitat que la musicoteràpia fos una eina diària dels Centres Residencials amb pacients amb demència d'Alzheimer. D'aquesta manera, els pacients podrien complementar el tractament farmacològic amb una teràpia assistencial i es podrien aconseguir resultats com en els estudis pilots o de cohorts anomenats al llarg del treball (Brotons, M. 2003; Svansdottir, HB. 2006; Guetin, S. 2009; Center Light Health System. 2013) o en altres estudis nacionals (Salas Pino, L. 2004).

La recerca bibliogràfica basada en l'evidència sobre la musicoteràpia com a intervenció d'infermeria és la documentació que m'ha generat més dificultat a l'hora de trobar resultats. Aquesta recerca bibliogràfica permet justificar el disseny de la intervenció, ja que demostra la possibilitat de dur a terme aquesta teràpia per part dels professionals d'infermeria.

Per últim, després de dur a terme una recerca bibliogràfica sobre la musicoteràpia, s'evidencia que són necessaris més estudis de recerca sobre la musicoteràpia com a recurs terapèutic en aquests pacients (Meei-Fang, Lou. 2001). Aquesta recerca bibliogràfica m'ha permès conèixer que aquesta teràpia es pot realitzar com a intervenció d'infermeria i que és efectiva com a mètode terapèutic (Martínez Almensa, Pilar. 2003; Salas Pino, L. 2004; M Bulechek, G et al. 2005).

6. CONCLUSIONS:

En primer lloc, en la realització d'aquest treball he transmès la importància de la demència com una de les patologies cròniques de les persones grans, així com el grau d'influència dels factors de risc que intervenen en el desenvolupament de la demència.

Durant la realització del treball he plasmat la importància de la prevalença dels factors que intervenen en l'aparició dels trastorns conductuals dels pacients amb demència d'Alzheimer lleu i, en els quals, el paper d'infermeria és molt important per poder intervenir en la rehabilitació terapèutica d'aquests pacients.

En segon lloc, he realitzat un estudi comparatiu entre les teràpies no farmacològiques amb més evidència científica per disminuir els trastorns conductuals d'aquests pacients. Aquest m'ha servit per poder demostrar que la musicoteràpia és la teràpia no farmacològica més efectiva en aquests casos.

Per últim, la finalitat del treball era plasmar la importància d'infermeria en el tractament terapèutic d'aquests pacients. Es veu reflectit en l'evidència que, mitjançant la musicoteràpia podem intervenir en una millora de la qualitat de vida de les persones i aquesta teràpia ens permet establir un contacte amb el pacient i treballar els nivells emocionals perquè pugui expressar els seus sentiments i l'ajudi a canviar l'estat d'ànim. Aquest procés terapèutic ajudarà a disminuir els trastorns conductuals d'aquests pacients.

7. BIBLIOGRAFIA:

- (1) Organització Mundial de la Salut. 2013; Available at: <http://www.who.int/es/index.html>. Accessed Març/15, 2013.
- (2) Sosa Ortiz AL, Acosta Castillo I. Epidemiología de las demencias. Instituto Nacional de Geriatria. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>. 2009.
- (3) Solé C, Mercadal M, de Castro M, Galati A. Aportacions de la musicoteràpia a les persones amb demència. *Aloma*. 2012 04-06-2012;30(1):137-141.
- (4) Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005;29(2):40-48.
- (5) Demencia. MedlinePlus. 2013; Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000739.htm>. Accessed Gener/20, 2013.
- (6) Ballesté J, Blanco J. 22. Deterioro cognitivo. *Enfermería de la Persona Mayor*. 1a ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2001. p. 279-291.
- (7) Dnoso Ssepúlveda A. Deterioro y Demencia: Orientación para médicos no especialistas. *Cuadernos de neuropsicología*. 2007;1(2):115-126.
- (8) Puig R, Gispert A, Puigdefàbregas G, Pérez Aea. La mortalitat per demències a Catalunya: un problema de salut emergent. *Med.Clin (Barc)*. *Med Clin (Barc)* 2003 Juliol 2003;24(7):81-86.
- (9) Cleveland Clinic Fundation. Types of Dementia. 2007; Available at: http://my.clevelandclinic.org/es /disorders/dementia/hic_types_of_dementia.aspx. Accessed Desembre/3, 2012.
- (10) Miller B, Bird T. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Principios de Medicina Interna*. 14ed ed.: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 273-291.
- (11) Robles A, Del Ser T, Peña-Casanova J, Grupo Asesor del Grupo de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2002;17(1):17-32.
- (12) Álvarez-Saúco M, Moltó-Jordà JM, Morera-Guitart J, Frutos-Alegría MT, Matías-Guiu J. Actualización en el diagnóstico de la demencia vascular. *Revista de Neurología*. 2005 18-10-04;41(8):484-492.
- (13) Martínez-Lage P, Manubens JM. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *ANALES Sis Navarra*. 2000;23(3):149-171.
- (14) Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación. Atención Primaria- Neurología. 2008.

- (15) López Pousa S, Garre Olmo J, Turón Estrada A, Fajardo Tibau C, Puig Puig O, Lozano Gallego, M et al. Incidència clínica de la demència frontal. REV NEUROL. 2002;3(34):Gener-222.
- (16) Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud. Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria Castilla y León. Castilla y León.: Imsero Mayores; 2007.
- (17) F. Bermejo Pareja, J. Porta-Etessam, J. Díaz Guzmán, P. Martínez-Martín. Más de cien escalas en neurología. Galicia: Sociedade Galega de Neuroloxía; 2008.
- (18) Hoyl MT. Manual de Geriatria y Gerontología año 2000. Síndromes geriátrico en el adulto mayor. Demencia 2000;29(1-2):3-92.
- (19) Olazarán J. Hechos clínicos típicos y atípicos de la enfermedad de Alzheimer. Alzheimer. ; 2001. p. 81-90.
- (20) Bermejo-Pareja F. La demencia del anciano se puede prevenir. Rev Neurol. 2010;51(5):257-258.
- (21) Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez DB, Gómez de Molina Iglesias, Dra. M.T., Fernández, Dra.B.Y,González Zaldívar, Dr. A. Caracterización clínica de paciente con deterioro cognitivo. Rev. cubana med. Enero-Marzo 2003;42(1):12-17.
- (22) Fernández de Larrinoa Palacios, P. Medición clínica de los trastornos psiquiátricos y del comportamiento en la demencia. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. 2003;2013(Març/28):165-176.
- (23) Gamarra-Samaniego P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2001;14(2).
- (24) Vidán Astiz MT, Sánchez García E, Alonso Armesto M, Montero Errasquin B, Martínez de la Casa, A., Ortiz FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 04-02-08;43(3):133-138.
- (25) Diari de Girona. Registre de Demències de Girona. El 75,3% dels gironins amb demències pren algun tipus de psicofàrmac com ansiolítics, antipsicòtics i antidepressius. 2013; Available at: <http://www.diaridegirona.cat/salut/2013/01/15/753-gironins-demencies-pren-tipus-psicofarmac-ansiolitics-antipsicotics-antidepressius/599712.html>. Accessed Desembre/22, Salut.
- (26) Montoro DIM, López DFJ, Suárez, Dr. M et al. Paciente con deterioro cognitivo en domicilio vs. institucionalizado: Coste económico asistencial. Revista de Actualidad Sociosanitaria (RAS). 2002 05-06-02;1:11-12.

- (27) Butman J, Sarasola D, Lon L, Sserrano C, Arizaga R, Taragano F, et al. Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurologica Argentina*. 2003;28:16-23.
- (28) Cappell J, Herrmann N, Cornish S, Lanctôt K. La Enfermedad de Alzheimer Supone una Carga Económica Significativa. *Sociedad Iberoamericana de Información científica (SIIC)*. 2010;24(11):909-927.
- (29) López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Neurol*. 2007 09-11-07;45(12):683-688.
- (30) Fundació Institut Català de Farmacologia. Benzodicepines i risc de demència en gent gran. Available at: <http://w3.icf.uab.es/notibg/archive/2/2012-10>. Accessed Gener/16, 2013.
- (31) Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Mortalitat per demències a Catalunya. 2003 Juliol 2003;24(7):82-92.
- (32) Llop Rius R, Fundació Institut Català de Farmacologia. Tractament de la malaltia d'Alzheimer. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. 2010;22(3):13-18.
- (33) Brañas Baztán F, Serra Rexach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2002;26(3):65-77.
- (34) Haro I. Abordajes no farmacológicos de las alteraciones de comportamiento en los pacientes con demencia. *Psicoclínica La Merced*. Barcelona. 2003 24-04-03(172).
- (35) Eines de consulta ràpida sobre l'atenció integral a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències. Guies de pràctica clínica del Sistema de Salut Nacional. Madrid: Ministerio de Sanidad. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012.
- (36) Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012 02-10-2012;55(10):Gener/16-608.
- (37) Garriga-Turró O, Garre-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. Evaluación de la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer. *REV NEUROL*. 2012 18-10-11;54(4):193-198.
- (38) Andreu-Català M, Baquero M, Blasco R, Campos-García A, Fages EM, Garcés M. Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *REV NEUROL*. 2004 03-11-03;38(4):323-326.
- (39) García-Alberca JM, Pablo Lara J, González-Barón S, Barbancho MÁ, Porta D, Berthier M. Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;5(36):Gener/17-270.

- (40) Lacalle Sisteré M, Villarroya I. Trastorns de la conducta en demències. Diputació de Barcelona. ;41:1-37.
- (41) Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Madrid: Comunidad de Madrid. Salud Madrid; 2007.
- (42) M. Martín Mateo, A. Navarro Giné, Ll Serrat de Bolòs. Institucionalització i salut mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia.; 2005.
- (43) Bharani N, MD., Mark Snowden MM. Intervenciones basades en la evidencia para ancianos residentes en centros de larga estancia con síntomas conductuales relacionados con la demencia. *Psychiatr Clin N Am.* 2006;28:985-1005.
- (44) González-Hernández J, Pössel G. Manejo Farmacológico de la Agitación en demencia: Revisión. *Revista Memoriza.com.* 2010;6:40-49.
- (45) J. Colford, J. Luxenberg, E. Lonergan. Haloperidol para la agitación en demencia. *Resúmenes Cochrane. La Biblioteca Cochrane Plus* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008.
- (46) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Guía de práctica clínica la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer i otras demències. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
- (47) M Bulechek G, K Butcher H, McCloskey Dotchtermann J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4a ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- (48) Almansa Martínez P. La terapia musical como intervención enfermera. *Enfermería Global–Revista electrónica semestral de enfermería..* 2003 Mayo;2:1-8.
- (49) Salas Pino L. Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas. *Revista Científica de Investigación de Enfermería. NURE. Funden.es.* 2004 15/05/2004;9:1-7.
- (50) Guetin S, Portet F, Picot MC, et al. Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver. *L'Encéphale. PubMed.* 2009 Febrer 20;35(1):57-65.
- (51) Center Light Health System. The Institute for Music and Neurologic Function (IMNF) is dedicated to furthering the field of music therapy by conducting research projects to identify new and effective therapy methods. 2013; Available at: <http://musictherapy.imnf.org/research-education/category/past-research-projects>. Accessed Març/12, 2013.

- (52) Svansdottir H, Snaedal J. Music teherapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*. 2006 Abril 18;4(18):613-621.
- (53) Mateos Hernández LA, del Moral Marcos MT, San Romulario Corral B. Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y Otras Demencias (SEMPA). IMSERSO. 2012:1-215.
- (54) Meei-Fang Lou. The use of music to decrease agitated behavior of the demented elderly: the state of the science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001 Juny 2001;5:165-173.
- (55) Brotons M, Martí P. Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers: a pilot project. *J Music Ther. PubMed*. 2003;2(40):138-150.
- (56) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Guías de Implementación. Intervenciones no farmacológicas: Musicoterapia y Alzheimer. 2011.
- (57) Jauset Barrocal JA. La musicoteràpia. 1a ed. Barcelona: Editorial UOC; 2009.
- (58) Trallero Flix C. El despertar d'un ser harmònic: musicoteràpia autorealitzadora. 1a ed. Barcelona: Abadia de Montserrat; 2004.
- (59) Dementia Collaborative Research Centres. Behavioural ans Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). 2013; Available at: <http://www.dementia-assessment.com.au/behavioural/>. Accessed Abril/5, 2013.
- (60) I. Roca. Musicoterapia. Talleres de psicoestimulación a través de las artes. Diputación Provincial de Huelva: Fundación Alzheimer.

8. ANNEXOS:

ANNEXOS

Annex 1: Escala Behave-Ad i Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) (17):

Escala 37. NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (FORMA ABREVIADA NPI-Q)
VERSIÓN ESPAÑOLA ABREVIADA DE BOADA ET AL., 2002

Descripción del NPI-Q

Consta de 12 ítems correspondientes a las 12 áreas de conducta del NPI:

Delirios	Apatía/indiferencia
Alucinaciones	Desinhibición/irritabilidad
Agitación/agresión	Conducta motora anómala
Depresión/disforia	Trastorno del sueño
Ansiedad	Trastorno del apetito
Euforia/exaltación	

La escala de presencia y gravedad se puntúa de 1 a 3:

1. Leve: cambio no significativo y de fácil manejo.
2. Moderada: cambio significativo y de más difícil control.
3. Grave: cambio muy marcado y no se puede manejar la situación.

La escala de estrés o agotamiento en el cuidador se puntúa de 0 a 5:

0. Si no existe afectación.
1. Mínima: poca afectación, no supone problema.
2. Leve: sin mucha afectación y de fácil control.
3. Moderada: afectación que no siempre se controla.
4. Grave: mucha afectación y de difícil manejo.
5. Muy grave: afectación extrema y el problema le vence.

Las preguntas han de ser contestadas en presente.

La escala de gravedad va desde 0 a 36 puntos.

La de agotamiento del cuidador va de 0 a 60 puntos.

Annex 2: Escala de mesura per l'ansietat (17):

Escala 38. ESCALA EADG		
	Si	No
Subescala de ansiedad		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subtotal	<input type="checkbox"/>
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total ansiedad	<input type="checkbox"/>
Subescala de depresión		
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
	Subtotal	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total depresión	<input type="checkbox"/>

Annex 3: Escala de valoració de Hamilton per la depressió: Hamilton, Depression Rating Scale (HDRS) (17):

Escala 40. ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE, HDRS)	
Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta acerca de la depresión del paciente que más se aplique en el momento actual	
Ítem	Valoración
1. Estado de ánimo deprimido (sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado 2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal 3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p. ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto) 4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea
2. Sentimiento de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Piensa que no vale la pena vivir la vida 2. Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida 3. Piensa o amenaza con la manera de suicidarse 4. Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)
4. Insomnio al principio de la noche	0. Ausente. No tiene dificultad para dormirse 1. Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (p. ej., tarda más de media hora en dormirse) 2. Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noches)
5. Insomnio durante la mitad de la noche	0. Ausente 1. Se queja de que está inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)
6. Insomnio al final de la noche	0. Ausente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir 2. Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. No tiene dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la enfermedad actual
8. Inhibición (lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora)	0. Habla y piensa normalmente 1. Ligera inhibición durante la entrevista 2. Evidente inhibición durante la entrevista 3. Entrevista larga y difícil 4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible
9. Agitación	0. Ausente 1. No puede estar quieto 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado 4. Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

Escala 40. ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE, HDRS)(Cont.)

10. <i>Ansiedad psíquica</i>	0. Ausente 1. Tensión subjetiva, irritabilidad 2. Preocupación por cosas sin importancia 3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje 4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado
11. <i>Ansiedad somática</i>	Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudoración 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12. <i>Síntomas somáticos gastrointestinales</i>	0. Ausente 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal 2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
13. <i>Síntomas somáticos generales</i>	0. Ausente 1. Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2
14. <i>Síntomas genitales</i>	0. Ausente 1. Leve 2. Grave
15. <i>Hipocondría</i>	0. Ausente 1. Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos 2. Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica 3. Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. <i>Conciencia de enfermedad</i>	0. Reconoce que está deprimido y enfermo 1. Reconoce su enfermedad pero lo atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo
17. <i>Pérdida de peso (completar A en la 1ª evaluación y B en las siguientes)</i>	A 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente B 0. No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso superior a 500 g en la semana anterior 2. Pérdida de peso superior a 1 kg en la semana anterior
18. <i>Variación diurna</i>	A 1. Anotar si los síntomas empeoran por la mañana o por la tarde. Si no hay variación durante el día marque «ninguna» 0. Ninguna 1. Peor por la mañana 2. Peor por la tarde B Cuando haya variación, puntúe su intensidad. Marque «ninguna» si no hay variación 0. Ninguna 1. Leve 2. Grave
19. <i>Despersonalización y desrealización (tales como sensación de irrealidad, ideas nihilistas)</i>	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
20. <i>Síntomas paranoides</i>	0. Ninguno 1. Suspicaz 2. Ideas de referencia 3. Delirios de referencia y persecución 4. Alucinaciones
21. <i>Síntomas obsesivos y compulsivos</i>	0. Ausentes 1. Leves 2. Graves

La HDRS-17 comprende los 17 primeros ítems, mientras que la HDRS-6 incluye los ítems número 1, 2, 7, 8, 10 y 13.

Annex 4: Escala de Yesavage per mesurar la depressió (17):

Escala 41c. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA. (VERSION ESPAÑOLA) GDS-VE		
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
Puntuación total: las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.		

Annex 5: Escala BDI autoaplicable. No vàlida per ancians amb demència (17):

Escala 41a. ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI). VERSIÓN ESPAÑOLA DE CONDE Y USEROS

1. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos (2).
No me encuentro triste (0).
Me siento algo triste y deprimido (1).
Ya no puedo soportar esta pena (3).
Tengo siempre como una pena encima que no me puedo quitar (2).
2. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro (1).
Creo que nunca me recuperaré de mis penas (2).
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal (0).
No espero nada bueno de la vida (2).
No espero nada. Esto no tiene remedio (3).
3. He fracasado totalmente como persona (3).
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente (1).
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena (2).
No me considero fracasado (0).
Veo mi vida llena de fracasos (2).
4. Ya nada me llena (2).
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo (1).
Ya no me divierte lo que antes me divertía (1).
No estoy especialmente insatisfecho (0).
Estoy harto de todo (3).
5. A veces me siento despreciable y mala persona (1).
Me siento bastante culpable (2).
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable (2).
Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable (3).
No me siento culpable (0).
6. Presiento que algo malo me puede suceder (1).
Siento que merezco ser castigado (3).
No siento que esté siendo castigado (0).
Siento que me están castigando o me castigaran (2).
Quiero que me castiguen (3).
7. Presiento que algo malo me puede suceder (1).
No me aprecio (1).
Me odio (me desprecio) (2).
Estoy asqueado de mí (2).
Estoy satisfecho de mí mismo (0).
8. No creo ser peor que otros (0).
Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal (2).
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre (3).
Siento que tengo muchos y muy graves defectos (2).
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores (1).
9. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo (1).
Siento que estaría mejor muerto (2).
Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera (3).
Tengo planes decididos de suicidarme (3).
Me mataría si pudiera (2).
No tengo pensamientos de hacerme daño (0).
10. No lloro más de lo habitual (0).
Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo (3).
Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo (2).
Ahora lloro más de lo normal (1).

Annex 6: Escala autoaplicable per valorar la depressió: Self-Rating Depression de Zung (SDS). No vàlida per ancians amb demència (17):

Escala 41b. SELF-RATING DEPRESSION SCALE (SDS) DE ZUNG.
VERSIÓN ESPAÑOLA DE CONDE Y ESTEBAN

Instrucciones: En el cuestionario que sigue encontrará 20 situaciones o preguntas. Lea cada una de ellas cuidadosamente y diga cuánto tiempo le ha afectado cada situación en su estado de ánimo en el momento presente, o todo lo más durante la última semana.

Diga si tal situación corresponde a su caso.

- 1 = muy pocas veces, muy poco tiempo, raramente o nunca.
2 = algunas veces, algún tiempo o de cuando en cuando.
3 = muchas veces, mucho tiempo o frecuentemente.
4 = casi siempre, gran parte del tiempo, casi todo el tiempo o siempre.

Ejemplo: 1. Me siento triste y deprimido 1 (2) 3 4
Quiere decir que algunas veces, o de cuando en cuando, se siente triste y decaído.

Situaciones

1. Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	1	2	3	4
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar, o a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir, o duermo mal por las noches	1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	1	2	3	4
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	1	2	3	4
7. Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11. Mi cabeza está tan despejada como siempre	1	2	3	4
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	1	2	3	4
13. Me siento agitado e intranquilo, o no puedo estar quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	1	2	3	4
15. Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	1	2	3	4
17. Me creo útil y necesario para la gente	1	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	1	2	3	4
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan	1	2	3	4

Interpretación: valores inferiores a 28 puntos se consideran dentro de la normalidad; de 28 a 41, depresión leve; de 44 a 53, moderada; y superiores a 53, grave (9).

Annex 7: Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y Otras Demencias (SEMPA). Area Socio-Emocional (53):

SE. AREA SOCIO-EMOCIONAL							
		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.1. EXPRESIÓN EMOCIONAL							
SE.1.1. EXPRESIÓN DE EMOCIONES AGRADABLES							
SE.1.1.a	Es capaz de expresar alegría						
SE.1.1.b	Es capaz de expresar entusiasmo, euforia						
SE.1.1.c	Es capaz de expresar amor						
SE.1.1.d	Es capaz de expresar felicidad						
SE.1.2. EXPRESIÓN DE EMOCIONES AMBIGUAS							
SE.1.2.a	Es capaz de expresar sorpresa						
SE.1.2.b	Es capaz de expresar melancolía						
SE.1.2.c	Es capaz de expresar esperanza						
SE.1.2.d	Es capaz de expresar compasión						
SE.1.3. EXPRESIÓN DE EMOCIONES DESAGRADABLES							
SE.1.3.a	Es capaz de expresar asco / aversión						
SE.1.3.b	Es capaz de expresar tristeza						
SE.1.3.c	Es capaz de expresar enfado / ira						
SE.1.3.d	Es capaz de expresar miedo						
SE.1.3.e	Es capaz de expresar ansiedad						
SE.1.3.f	Es capaz de expresar vergüenza						
SE.1.3.g	Es capaz de expresar culpa						
SE.1.3.h	Es capaz de expresar celos						
SE.1.3.i	Es capaz de expresar envidia						
SE.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES							
SE.2.1. Identificación de los propios estados emocionales							
SE.2.1.a	Es capaz de detectar la alegría en sí mismo						
SE.2.1.b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en sí mismo						
SE.2.1.c	Es capaz de detectar el amor en sí mismo						
SE.2.1.d	Es capaz de detectar la felicidad en sí mismo						
SE.2.1.e	Es capaz de detectar la sorpresa en sí mismo						
SE.2.1.f	Es capaz de detectar la melancolía en sí mismo						
SE.2.1.g	Es capaz de detectar la esperanza en sí mismo						
SE.2.1.h	Es capaz de detectar la compasión en sí mismo						
SE.2.1.i	Es capaz de detectar el asco / aversión en sí mismo						
SE.2.1.j	Es capaz de detectar la tristeza en sí mismo						
SE.2.1.k	Es capaz de detectar el enfado / la ira en sí mismo						
SE.2.1.l	Es capaz de detectar el miedo en sí mismo						
SE.2.1.m	Es capaz de detectar la ansiedad en sí mismo						
SE.2.1.n	Es capaz de detectar la vergüenza en sí mismo						
SE.2.1.ñ	Es capaz de detectar la culpa en sí mismo						
SE.2.1.o	Es capaz de detectar los celos en sí mismo						
SE.2.1.p	Es capaz de detectar la envidia en sí mismo						

		SI sempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.2.2. Identificación de emociones de los demás							
SE.2.2.a	Es capaz de detectar alegría en los otros						
SE.2.2.b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en los otros						
SE.2.2.c	Es capaz de detectar amor en los otros						
SE.2.2.d	Es capaz de detectar felicidad en los otros						
SE.2.2.e	Es capaz de detectar sorpresa en los otros						
SE.2.2.f	Es capaz de detectar melancolía en los otros						
SE.2.2.g	Es capaz de detectar esperanza en los otros						
SE.2.2.h	Es capaz de detectar compasión en los otros						
SE.2.2.i	Es capaz de detectar asco / aversión en los otros						
SE.2.2.j	Es capaz de detectar tristeza en los otros						
SE.2.2.k	Es capaz de detectar enfado / ira en los otros						
SE.2.2.l	Es capaz de detectar miedo en los otros						
SE.2.2.m	Es capaz de detectar ansiedad en los otros						
SE.2.2.n	Es capaz de detectar vergüenza en los otros						
SE.2.2.ñ	Es capaz de detectar culpa en los otros						
SE.2.2.o	Es capaz de detectar celos en los otros						
SE.2.2.p	Es capaz de detectar envidia en los otros						
SE.3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES							
SE.3.1. Contextualización de los propios estados emocionales							
SE.3.1.a	Es capaz de contextualizar su alegría						
SE.3.1.b	Es capaz de contextualizar su entusiasmo/ euforia						
SE.3.1.c	Es capaz de contextualizar su amor						
SE.3.1.d	Es capaz de contextualizar su felicidad						
SE.3.1.e	Es capaz de contextualizar su sorpresa						
SE.3.1.f	Es capaz de contextualizar su melancolía						
SE.3.1.g	Es capaz de contextualizar su esperanza						
SE.3.1.h	Es capaz de contextualizar su compasión						
SE.3.1.i	Es capaz de contextualizar su asco / aversión						
SE.3.1.j	Es capaz de contextualizar su tristeza						
SE.3.1.k	Es capaz de contextualizar su enfado / ira						
SE.3.1.l	Es capaz de contextualizar su miedo						
SE.3.1.m	Es capaz de contextualizar su ansiedad						
SE.3.1.n	Es capaz de contextualizar su vergüenza						
SE.3.1.ñ	Es capaz de contextualizar su culpa						
SE.3.1.o	Es capaz de contextualizar su celos						
SE.3.1.p	Es capaz de contextualizar su envidia						
SE.3.2. Contextualización de emociones de los demás							
SE.3.2.a	Es capaz de contextualizar la alegría de los demás						
SE.3.2.b	Es capaz de contextualizar el entusiasmo/ euforia de los demás						
SE.3.2.c	Es capaz de contextualizar el amor de los demás						
SE.3.2.d	Es capaz de contextualizar la felicidad de los demás						
SE.3.2.e	Es capaz de contextualizar la sorpresa de los demás						
SE.3.2.f	Es capaz de contextualizar la melancolía de los demás						
SE.3.2.g	Es capaz de contextualizar la esperanza de los demás						
SE.3.2.h	Es capaz de contextualizar la compasión de los demás						
SE.3.2.i	Es capaz de contextualizar el asco / aversión de los demás						
SE.3.2.j	Es capaz de contextualizar la tristeza de los demás						
SE.3.2.k	Es capaz de contextualizar el enfado / ira de los demás						
SE.3.2.l	Es capaz de contextualizar el miedo de los demás						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.3.2.m	Es capaz de contextualizar la ansiedad de los demás						
SE.3.2.n	Es capaz de contextualizar la vergüenza de los demás						
SE.3.2.ñ	Es capaz de contextualizar la culpa de los demás						
SE.3.2.o	Es capaz de contextualizar los celos de los demás						
SE.3.2.p	Es capaz de contextualizar la envidia de los demás						
SE.4. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL							
SE.4.1. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES AGRADABLES							
SE.4.1.a	Es capaz de autorregular su alegría						
SE.4.1.b	Es capaz de autorregular su entusiasmo/ euforia						
SE.4.1.c	Es capaz de autorregular su amor						
SE.4.1.d	Es capaz de autorregular su felicidad						
SE.4.2. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES AMBIGUAS							
SE.4.2.a	Es capaz de autorregular su sorpresa						
SE.4.2.b	Es capaz de autorregular su melancolía						
SE.4.2.c	Es capaz de autorregular su esperanza						
SE.4.2.d	Es capaz de autorregular su compasión						
SE.4.3. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES DESAGRADABLES							
SE.4.3.a	Es capaz de autorregular su asco / aversión						
SE.4.3.b	Es capaz de autorregular su tristeza						
SE.4.3.c	Es capaz de autorregular su enfado / ira						
SE.4.3.d	Es capaz de autorregular su miedo						
SE.4.3.e	Es capaz de autorregular su ansiedad						
SE.4.3.f	Es capaz de autorregular su vergüenza						
SE.4.3.g	Es capaz de autorregular su culpa						
SE.4.3.h	Es capaz de autorregular sus celos						
SE.4.3.i	Es capaz de autorregular su envidia						
SE.5. MOTIVACIÓN							
SE.5.1. MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA							
SE.5.1.a	Realiza o participa en la actividad si percibe que el musicoterapeuta le va a valorar su esfuerzo						
SE.5.1.b	Participa en las actividades por competitividad (ser mejor que otro)						
SE.5.1.c	Participa en las actividades por auto-obligación moral (obediencia a las figuras de autoridad y/o a valores).						
SE.5.2. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA							
SE.5.2.a	Participa en las actividades porque le suscitan interés, curiosidad.						
SE.5.2.b	Participa en las actividades por crecimiento personal (autoexploración, autoconocimiento).						
SE.6. AUTOPERCEPCIÓN							
SE.6.1. AUTOCONCEPTO POSITIVO							
SE.6.1.a	Es capaz de hablar de sí mismo/a (tiene conocimientos sobre sí mismo/a)						
SE.6.1.b	Es capaz de tratarse bien cuando habla de sí mismo/a (tiene una actitud positiva sobre sí mismo/a), realizando comentarios positivos sobre sí mismo/a.						
SE.6.2. AUTOESTIMA							
SE.6.2.a	Es capaz de tener una valoración positiva de su personalidad						
SE.6.2.b	Es capaz de ajustar su auto-percepción positiva a las evidencias de su realidad diaria.						

		Si siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.6.3. AUTOEFICACIA PERCIBIDA							
SE.6.3.a	Expresa satisfacción o realiza comentarios positivos sobre sí mismo/a por una o varias tareas realizadas previamente (se percibe capaz)						
SE.6.3.b	Expresa satisfacción o realiza comentarios positivos sobre sí mismo en relación a una o varias tareas nuevas (se percibe capaz)						
SE.7. HABILIDADES SOCIO-EMOCIONALES							
SE.7.1. TENER ACTITUD PROSOCIAL							
SE.7.1.a	Realiza comentarios positivos sobre la/s tarea/s						
SE.7.1.b	Realiza comentarios positivos sobre los otros participantes						
SE.7.1.c	Realiza comentarios positivos sobre el/la musicoterapeuta						
SE.7.1.d	Respetar los diferentes gustos estéticos de los otros participantes						
SE.7.1.e	Muestra una actitud de ayuda o colaboración hacia los demás.						
SE.7.1.f	Muestra una actitud de escucha (atiende a las verbalizaciones de los demás / mantiene la escucha en las actividades musicales)						
SE.7.1.g	Se interesa activamente por las cosas que les preocupan a los demás.						
SE.7.2. RESPETAR TURNOS							
SE.7.2.a	Es capaz de estar en silencio escuchando, mientras otros hablan						
SE.7.2.b	Sabe esperar el momento oportuno para comunicarse con los demás						
SE.7.3. PEDIR AYUDA.							
SE.7.3.a	Es capaz de pedir ayuda física						
SE.7.3.b	Es capaz de pedir ayuda emocional/psicológica.						
SE.7.4. HACER CRÍTICAS CONSTRUCTIVAS							
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a otras personas del grupo						
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a quien lidera el grupo (musicoterapeuta, etc.).						
SE.7.5. ACEPTAR LA CRÍTICA							
SE.7.5.a	Sabe aceptar las críticas cuando son constructivas (cuando buscan soluciones).						
SE.7.5.b	Sabe aceptar las críticas cuando no son constructivas y/o se basan en quejas, culpabilizaciones, etc. (no buscan tanto soluciones como el desahogo personal).						
SE.7.6. PEDIR PERDÓN							
SE.7.6.a	Es capaz de pedir perdón cuando se equivoca en una decisión que perjudica a otra persona.						
SE.7.6.b	Es capaz de pedir perdón cuando ha herido emocionalmente a otra persona (p.ej. con sus palabras, con su engaño, con su falta de afecto, etc.)						
SE.7.7. PERDONAR							
SE.7.7.a	Es capaz de perdonar el malestar producido por decisiones equivocadas de otra persona, que no buscaban herir.						
SE.7.7.b	Es capaz de perdonar el malestar emocional producido por otra persona (p. ej. por la expresión intensa de emociones desagradables de otros, por la actitud de engaño, por la falta de afecto, etc.)						
SE.7.8. EMPATIZAR							
SE.7.8.a	Es capaz de empatizar con otras personas siempre y cuando éstas no expresan dolor y/o sufrimiento.						
SE.7.8.b	Es capaz de empatizar con otras personas cuando éstas expresan dolor y/o sufrimiento.						

		Si siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.7.9. AGRADECER							
SE.7.9.a	Es capaz de expresar agradecimiento por situaciones u objetos concretos: una visita, un regalo, etc.						
SE.7.9.b	Es capaz de expresar su deseo de celebrar la vida, el momento presente, etc.						
SE.7.10. ACEPTAR SU CUERPO EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS.							
SE.7.10.a	Acepta la cercanía del cuerpo de los otros						
SE.7.10.b	Acepta el contacto físico como gesto social (p.ej. que le den la mano, le pongan la mano en el hombro, etc.)						
SE.7.10.c	Acepta bailar agarrado/a a la musicoterapeuta						
SE.7.10.d	Acepta bailar agarrado/a a otros participantes						
SE.7.10.e	Acepta el contacto físico como expresión de afecto (besos, abrazos) de parte de la musicoterapeuta en momentos emotivos.						
SE.7.10.f	Acepta el contacto físico como expresión de afecto positivo sentido (besos, abrazos, etc.) de parte de otros participantes en momentos emotivos.						
SE.7.11. APRECIAR EL SENTIDO DEL HUMOR							
SE.7.11.a	Es capaz de expresarse con sentido del humor						
SE.7.11.b	Es capaz de contextualizar su sentido del humor						
SE.7.11.c	Es capaz de detectar humor en los otros						
SE.7.11.d	Es capaz de contextualizar el humor de los demás						
SE.7.12. LIDERAR							
SE.7.12.a	Intenta animar o motivar a otros participantes						
SE.7.12.b	Busca colaboración y consenso en los grupos en los que participa.						
SE.7.12.c	Inicia o sugiere cambios en las actividades con la intención de regular tensiones surgidas en el grupo que favorecen la dinámica del grupo (p.ej. con humor constructivo, etc.).						
SE.7.12.d	Es capaz de liderar al grupo del que forma parte.						
SE.8. IDENTIDAD PERSONAL							
SE.8.1. CONCIENCIA DE LAS NECESIDADES DEL SÍ MISMO							
SE.8.1.a	Es consciente y expresa su necesidad de confianza						
SE.8.1.b	Es consciente y expresa su necesidad de autonomía (libertad de movimiento y de tomar decisiones)						
SE.8.1.c	Es consciente y expresa su necesidad de comunicarse con los demás						
SE.8.1.d	Es consciente y expresa su necesidad de sentirse útil (autoeficacia percibida)						
SE.8.1.e	Es consciente y expresa su necesidad de autoafirmarse en su identidad sexual (como hombre o como mujer)						
SE.8.1.f	Es consciente y expresa su necesidad de compartir sentimientos (intimidad afectiva)						
SE.8.1.g	Es consciente y expresa su necesidad de ayudar/guiar a otras personas						
SE.8.1.h	Es consciente y expresa su necesidad de integrar sus diferentes experiencias biográficas de su propia vida						

